



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

# Experiência da realização de uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) – dois anos depois

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

Helena Isabel Cardoso Azeredo

sob orientação de  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Raúl Lobo Xavier

Faculdade de Educação e Psicologia  
Porto, julho de 2013

*Dedicado aos meus pais.*

## **Agradecimentos**

O percurso académico realizado até ao momento atual contou com o apoio inigualável daquelas que considero serem as pessoas que de uma forma mais ou menos direta influenciaram positivamente esta experiência e a quem não dispenso um especial e sincero agradecimento.

Assim sendo, o meu primeiro e maior agradecimento destina-se indubitavelmente aos meus pais que desde o início do meu percurso académico suportaram financeira e emocionalmente este sonho. Sem vocês nada disto seria possível e por isso estar-vos-ei eternamente grata por me terem permitido alcançar este objetivo. Um grande obrigada por todo o amor, carinho, compreensão, paciência e conselhos! Nunca vou ser capaz de reconhecer na íntegra o vosso peso na minha felicidade atual, porque ele é imensurável. Amo-vos.

Ao meu irmão, um obrigada especial pelas palavras, gestos de carinho e principalmente, transmissão de tranquilidade, fornecidos assiduamente no decorrer destes anos. O teu apoio foi essencial ao longo deste tempo. Guardo-te no coração.

Ao meu namorado, pela imensa paciência, por todo o apoio, carinho e amor, pelos dias “perdidos”, pela minha ausência, pelos momentos menos bons de má disposição, um enorme obrigada! Foste e serás, o ombro disponível, o sorriso “calmante” e o meu porto de abrigo.

Um especial e sincero agradecimento à orientadora desta dissertação, Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Raúl Xavier, pela disponibilidade demonstrada ao longo destes meses, pela enorme aprendizagem, conselhos e dicas fornecidos, pelo rigor e exigência e claro, por toda a simpatia.

Agradeço também às colegas de mestrado, pela partilha mútua de “desesperos” e experiências.

À Rita e à Lu pelo companheirismo, lealdade e amor transmitidos dia após dia, um “fofinho” obrigada.

A todas as outras pessoas que de forma direta ou indireta, contribuíram para esta experiência, um sincero obrigada.

## Resumo

Atualmente, não existe concordância entre alguns dos estudos, acerca das consequências psicológicas da IVG. Por um lado, prevalece a assunção de que a decisão de interromper uma gravidez pode conduzir ao desenvolvimento de problemas de saúde mental em diversos níveis (e.g. Cameron & Dean, 2010). Por outro, surgem frequentemente, evidências de que apenas algumas mulheres, experimentam reações negativas após a IVG ou sintomas psicológicos clinicamente significativos (e.g. Robinson, Stotland, Russo, Lang & Occhiogrosso, 2009). Contudo, é consensual que sendo as consequências psicológicas da IVG complexas, deverá ser dada atenção a alguns aspetos que lhe estão subjacentes, nomeadamente, a sexualidade, a contraceção e os relacionamentos interpessoais, no sentido de se caracterizar a diversidade de experiências e significados desta experiência (e.g. Major, Appelbaum, Beckam, Dutton, Russo & West, 2008). Constitui-se como objetivo geral, para este estudo, a exploração da vivência do processo da IVG e o seu impacto na vida de mulheres que realizaram este procedimento há dois anos. Esta exploração, foca-se ao nível da saúde mental, do planeamento familiar e contraceção, do suporte social e relações interpessoais, das relações íntimas, da vivência do processo de IVG e do posicionamento face à mesma. Sendo este um estudo qualitativo e abrangendo uma dimensão semi-indutiva, procedeu-se à realização de entrevistas em profundidade a seis mulheres, e posteriormente à análise do conteúdo que conduziu a um sistema de categorias. Concluiu-se que a capacidade para lidar com a IVG é maioritariamente positiva, não sendo atualmente visível um impacto significativo ao nível do diagnóstico psicopatológico e das relações íntimas e interpessoais. Seguidamente, verificou-se que a IVG foi determinante nas atitudes relativas à utilização de contraceção como forma de prevenir uma gravidez indesejada. Por último, concluiu-se que a passagem do tempo após a IVG, teve impacto nas formas de sentir, de comportar e de ver a vida.

**Palavras-Chave:** Interrupção Voluntária da Gravidez; Consequências Psicológicas; Saúde Mental; Relações íntimas; Planeamento Familiar e Contraceção.

## **Abstract**

Currently, there is no agreement among the studies about the psychological consequences of induced abortion. On the one hand, the prevailing assumption that the decision to terminate a pregnancy can lead to the development of mental health problems at various levels (e.g. Cameron & Dean, 2010). On the other, tend to become increasingly common, evidence that only some women experience negative reactions after abortion or clinically significant psychological symptoms (e.g. Robinson, Stotland, Russian, Occhiogrosso & Lang, 2009). However, it was agreed that the psychological consequences of abortion complex, attention should be given to some aspects that underlie particular, sexuality, contraception and interpersonal relationships in order to characterize the diversity of experiences and meanings of this experience (e.g. Major, Appelbaum, Beckam, Dutton, Russo & West, 2008). It serves as a general objective for this study, the exploration of the experience of the abortion process and its impact on the lives of women who underwent this procedure two years ago. This exploration will focus on the level of mental health, family planning and contraception, social support and interpersonal relationships, intimate relationships, the experience of the process of abortion and positioning against the same. Since this is a qualitative study and a dimension encompassing semi-inductive, proceeded to the administration of in-depth interviews with six women, and later to an analysis by category system built. It was concluded that the ability to deal with abortion is positive, there is currently a visible significant impact on psychopathological diagnoses and intimate relationships and interpersonal. Subsequently, it was found that the abortion was determinant in attitudes regarding the use of contraception in order to prevent an unwanted pregnancy. Finally, it was concluded that the passage of time after the abortion, had an impact on the ways we feel, behave and view life.

**Keywords:** Induced abortion; Psychological Consequences; Mental Health; Intimate relationships; Family Planning and Contraception;

## **Abreviaturas**

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

DGS – Direção Geral de Saúde

WHO – World Health Organization

DIU – Dispositivo intrauterino

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

P – Participante

SI – Sem informação

## Índice Geral

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introdução.....</b>                                | <b>1</b>  |
| <b>Parte I – Enquadramento teórico .....</b>          | <b>3</b>  |
| <b>1. INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ .....</b>    | <b>3</b>  |
| 1.1 Enquadramento Legal da IVG em Portugal.....       | 3         |
| 1.2 Dados estatísticos em Portugal e no mundo .....   | 4         |
| <b>2. IVG E SAÚDE MENTAL .....</b>                    | <b>5</b>  |
| 2.1 IVG e Psicopatologia .....                        | 11        |
| 2.2 IVG e Consumo de Substâncias.....                 | 14        |
| <b>3. IVG E RELAÇÕES ÍNTIMAS.....</b>                 | <b>15</b> |
| <b>4. IVG E PLANEAMENTO FAMILIAR/CONTRACEÇÃO.....</b> | <b>17</b> |
| <b>Parte II – Estudo empírico .....</b>               | <b>21</b> |
| <b>1. METODOLOGIA .....</b>                           | <b>21</b> |
| 1.1 Participantes .....                               | 22        |
| 1.2 Instrumentos .....                                | 23        |
| 1.3 Procedimentos .....                               | 24        |
| 1.3.1 Procedimentos de recolha de dados .....         | 24        |
| 1.3.2 Procedimentos de análise de dados.....          | 25        |
| <b>2. RESULTADOS .....</b>                            | <b>24</b> |
| <b>3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....</b>      | <b>30</b> |
| <b>Conclusão .....</b>                                | <b>43</b> |
| <b>Referencias bibliográficas.....</b>                | <b>46</b> |
| <b>Anexos .....</b>                                   | <b>53</b> |

## **Índice de Anexos**

Anexo I. Guião de entrevista semi-estruturada

Anexo II. Sistema de categorias

Anexo III. Grelha de categorias

Anexo IV. Esquematização da análise de conteúdo

Anexo IV. Tabela de resultados das diferenças verificadas ao nível da contraceção antes e depois da IVG



## Introdução

---

A presente dissertação de mestrado - Experiência da realização de uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) – dois anos depois patenteia como objetivo geral, explorar a vivência do processo da IVG e o seu impacto na vida de mulheres que realizam este procedimento. A este nível, a referida exploração focar-se-á especificamente ao nível da saúde mental, do planeamento familiar e contraceção, do suporte social e relações interpessoais, das relações íntimas, da vivência do processo de IVG e do posicionamento face à mesma.

A IVG no nosso país é um fenómeno relativamente recente. A Lei n.º 16/2007, de 17 de abril despenaliza a interrupção da gravidez por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas gestacionais, sendo segundo o Artigo 4.º, o consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez, prestado pela mulher grávida ou seu representante legal, em documento escrito e normalizado. Assim, a IVG operacionaliza-se ao longo de três momentos distintos (Artigos 17.º, 18.º e 19.º). O primeiro deles diz respeito à comprovação de que gravidez se encontra dentro do tempo legal, seguido do período de reflexão a decorrer entre a consulta prévia e a entrega do documento sobre o consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez. Posteriormente, o processo em si (que pode ser cirúrgico ou medicamentoso) e após a IVG, enquadra a prescrição de um método contraceptivo adequado a cada caso específico e a marcação de uma consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar a realizar num prazo máximo de 15 dias após a interrupção da gravidez.

É atualmente consensual que as consequências psicológicas resultantes da experiência da IVG são complexas, especialmente no que respeita a determinados aspetos que lhe estão subjacentes, como são exemplos a fertilidade, a sexualidade, a contraceção, o desenvolvimento da identidade de género, os relacionamentos interpessoais, a moralidade, entre outros (e.g. Bradshaw & Slade, 2003; Miller, Pasta & Dean, 1998). Sendo esta uma experiência que é vivida de forma diferente por cada mulher, torna-se óbvio que a multiplicidade de respostas à IVG é suscetível de se refletir quer nas experiências de vida, quer nas características individuais de quem a realiza (Miller, Pasta & Dean, 1998; Noya & Leal, 1998).

O estudo das consequências psicológicas da IVG na área da Saúde Mental é atualmente alvo de atenção por muitos autores (e.g. Coleman, 2011; Astbury-Ward, 2012), sendo várias as perspetivas e conclusões apresentadas. Por um lado, trabalhos realizados concluem a importância da exploração do papel exercido por diferentes variáveis, nomeadamente, o suporte social, a capacidade de coping, entre outros, na vivência do processo de decisão e do processo e experiência da IVG (e.g. Richards, Cooper, Cozzarelli e Zubek, 1998; Sereno, Leal & Maroco, 2012). Por outro, deparamo-nos com alguma ausência de concordância relativa às questões das reações psicológicas sequentes à IVG. Para alguns autores estas reações constituem-se como normativas para a maioria das mulheres e significativamente relevantes para uma minoria (e.g. Reardon & Ney, 2000; Robinson, Stotland,

Russo, Lang & Occhiogrosso, 2009) e para outros verifica-se uma linear associação da IVG e o risco de desenvolvimento de quadros psicopatológicos com intensidades consideráveis (Coleman, 2011).

Partindo do pressuposto que as diferenças verificadas nas experiências individuais e sociais da IVG fornecem uma visão precisa desta experiência (e.g. Coleman, Reardon, Strahan & Cogle, 2005), torna-se claro que o estudo de uma área que toca particularmente a vida de milhares de mulheres, como é a IVG e que tem implicações sociais, é por si só, merecedora de uma especial atenção. Dado que no nosso país, a despenalização da IVG é relativamente recente, apenas um reduzido número de estudos foram publicados ao nível das consequências psicológicas resultantes da IVG pelo que se torna pertinente, a elaboração de novas investigações capazes de contribuir para uma melhor compreensão do significado da experiência da IVG na vida das mulheres (Astbury-Ward, 2012; Coleman, Reardon, Strahan & Cogle, 2005). Também o número de IVG's realizadas nos últimos anos (por exemplo, no ano de 2011 e 2012 registaram-se de acordo com os dados fornecidos pela DGS (2012a; 2013b), respetivamente, 19 802 e 19 408 interrupções da gravidez por vontade da mulher) e a preocupante diminuição da taxa de natalidade no nosso país são aspetos que sublinham atenção.

Face ao exposto, a presente dissertação de mestrado encontra-se inserida no âmbito de um estudo longitudinal que contempla três momentos, designadamente o momento de tomada de decisão e realização da IVG, um e dois anos após a mesma, nos quais procura explorar a perceção das mulheres face a esta vivência e suas consequências psicológicas. Para tal, este trabalho visa a caracterização das vivências de mulheres decorrentes da realização de uma Interrupção Voluntária da Gravidez há dois anos atrás, considerando para isso a sua perceção sobre o seu impacto ao nível dos seis domínios já referidos. Tratando-se de um estudo de natureza qualitativa, encontra a sua metodologia de análise e discussão dos resultados assente num enquadramento semi-indutivo.

A estruturação desta dissertação encontra-se subdividida em duas partes, sendo a primeira de índole teórica e a segunda de índole. A primeira parte diz respeito à definição e contextualização do conjunto de conceitos caracterizadores e orientadores do tema estudado, abarcando para tal a literatura revista acerca do tema apresentado, sendo que a segunda parte diz respeito ao método, resultados e discussão dos mesmos. No final, apresenta-se uma conclusão.

### 1. INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

A Interrupção da Gravidez é um procedimento tão antigo quanto a nossa existência, estando desde sempre presente na humanidade (Borsari, 2012). Em tempos remotos defendia-se que a mesma poderia ser levada a cabo em casos de incesto ou de idade avançada dos progenitores e como forma de limitar as alargadas dimensões familiares, comuns na época (Abad, 2002). Contudo, com o aumento desta prática, foi-se verificando progressivamente a sua desaprovação, pelo que o atingir de proporções preocupantes, principalmente na Europa e Estados Unidos no séc. XIX, levou à adoção de leis restritivas à prática do aborto inseguro, sendo implementada em inúmeros países a sua proibição (Brosari, 2012). Segundo este autor, foi a partir do século XX, especificamente na década de 60 marcada pela nova posição da mulher na sociedade moderna, que diversos países legalizaram a prática da IVG, verificando-se segundo este autor a sua liberalização tendencial por outras partes do mundo.

No nosso país, a despenalização da IVG foi marcada por dois momentos. Após a revolução de abril e sequente instauração da democracia, surgiu o intuito da alteração da legislação portuguesa da IVG e com ele o primeiro referendo em 1998. Depois de uma primeira refutação da referida alteração, voltou em 2007 a surgir um novo referendo que ditou a despenalização da IVG em Portugal.

#### 1.1 Enquadramento Legal da IVG em Portugal

No nosso país, foi promulgada pelo Ministério da Saúde (Diário da República, 1.<sup>a</sup> série – N.º 118 – 21 de junho de 2007) a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril que despenaliza a interrupção da gravidez, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas. Como tal, a IVG, medicamentosa ou cirúrgica, pode ser levada a cabo segundo o Artigo 2.º em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos que atuem de acordo com os protocolos estabelecidos, sendo que o Artigo 3.º estabelece que a acessibilidade à IVG se caracteriza pelo poder da mulher, de escolher deliberadamente o local no qual deseja concretizar este procedimento. No que concerne ao consentimento livre e esclarecido para a IVG, o Artigo 4.º determina que cabe à mulher grávida ou seu representante legal nos termos da lei, a sua prestação em documento escrito e normalizado.

A mesma lei e Artigo 6.º estabelecem que relativamente ao acompanhamento e apoio psicológico ou social, o seu acesso deverá ser disponibilizado por psicólogo ou assistente social, se for essa a vontade da mulher. Neste sentido, com o intuito de que tal acompanhamento seja garantido, deverá ser assegurada pelo conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, a existência de profissionais de saúde, designadamente os mencionados anteriormente, dotados de competências indispensáveis ao apoio de mulheres grávidas. Neste âmbito, é imposta aos médicos, outros profissionais de saúde e demais pessoas que exerçam as suas funções nos estabelecimentos de saúde

referidos, a obrigatoriedade de dever de sigilo no que respeita a todos os atos, ocorrências ou informações de que tenham conhecimento.

O ato da interrupção da gravidez por opção da mulher é caracterizado nos termos desta lei e segundo os Artigos 16.º, 17.º, 18.º e 19.º pela efetivação de quatro procedimentos isolados, designadamente, *i.* Consulta prévia, *ii.* Comprovação da gravidez, *iii.* Período de reflexão e *iv.* Interrupção da gravidez.

- i.* Deverá ser garantida em tempo útil a realização da consulta prévia, sendo que o tempo decorrido entre a marcação e a realização da mesma não poderá ultrapassar um período superior a cinco dias. No âmbito desta consulta deverá estar garantida pelo médico a possibilidade da prestação de todas as informações e esclarecimentos necessários à mulher grávida ou seu representante nos termos da lei, sobre o tempo de gravidez, os métodos de interrupção adequados ao caso específico, as possíveis consequências para a saúde física da mulher e os métodos contraceptivos a adotar, e pelo psicólogo e assistente social, respetivamente, as possíveis consequências para a saúde psíquica da mulher, a existência de um período de reflexão obrigatório e a possibilidade de acompanhamento psicológico, as condições estaduais de apoio à prossecução da gravidez e à maternidade, e a possibilidade de acompanhamento de serviço social durante o período de reflexão;
- ii.* A comprovação de que a gravidez não excede o tempo previsto para a interrupção da gravidez (10 semanas), deverá ser certificada pelo médico em documento normalizado;
- iii.* Entre a consulta prévia e a entrega do documento sobre o consentimento livre e esclarecido para a IVG deverá decorrer um período de reflexão não inferior a três dias.
- iv.* Deverá ser assegurado pelo conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido que a interrupção se realiza de acordo com os prazos legais, pelo que o período de tempo compreendido entre a entrega do documento de consentimento livre e esclarecido para a IVG e a sua realização não pode ultrapassar os cinco dias, salvo raras exceções. Por fim, deverá ser garantido às mulheres que interrompem a gravidez, a prescrição de um método contraceptivo adequado ao caso específico, bem como a respetiva marcação de uma consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar a realizar num prazo não superior a 15 dias após a interrupção da gravidez.

## **1.2 Dados estatísticos em Portugal e no mundo**

Constituindo-se enquanto um acontecimento na vida de muitas mulheres (Robinson, Stotland, Russo, Lang & Occhiogrosso, 2009), estima-se segundo The World Health Report (2005) que ocorrem no mundo a cada ano cerca de 211 milhões de gestações, sendo que metade é indesejada e/ou não planeada e leva a que uma em cada nove mulheres, recorra à sua interrupção (World Health

Organization, 2007). Assim, conclui a mesma fonte, que no seu total, cerca de 46 milhões de gestações, terminam em interrupção da gravidez por opção da mulher, realizadas de forma legal ou ilegal.

Em Portugal, os dados fornecidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (DGS, 2010; 2011; 2012; 2013) ilustram que o número de interrupções da gravidez por opção da mulher, totalizantes do setor privado e público, tem vindo a apresentar algumas irregularidades. Verifica-se para o ano de 2008 a realização de um total de 18 014 IVG, para 2009 a realização de 19 222 IVG's, no ano de 2010, 18 911 IVG's, para 2011 um total de 19 802, e por último, para 2012 um total de 18 408 correspondendo o número de IVG's realizadas neste ano, comparativamente com o anterior, a uma diminuição de 1513 casos. De acordo com a DGS (2013), este valor constitui uma descida de 7,6% da taxa da IVG no último ano.

Ainda numa análise direcionada para os dados estatísticos da IVG em Portugal, é pertinente a abordagem de algumas variáveis. Relativamente à zona de residência da mulher, verifica-se que para os cinco anos, é o Distrito de Lisboa o representativo de uma maior prevalência de IVG's (36.6%, 35,8%, 36.18%, 35.05% e 52.08% respetivamente), seguido da zona do Norte (13.92%, 13.72%, 14.3%, 14.25% e 20,94% respetivamente). No que concerne à faixa etária na qual a prevalência da IVG se revela superior, identifica-se a idade compreendida entre os 25 e os 29 anos como a mais prevalente para 2008, 2009 e 2010, sendo que para o ano de 2011, é a faixa etária dos 22 aos 25 anos de idade a que indica um maior número de IVG's realizadas e para 2012, a faixa etária dos 20 aos 24 anos de idade. No que se refere à situação laboral das mulheres que realizaram IVG, constitui-se o trabalho não qualificado como o mais prevalente para os anos de 2008, 2009 e 2010 (20.61%, 18.88% e 18.89%, respetivamente), sendo que os anos de 2011 e 2012, contaram a maioria de mulheres com a situação de desemprego (19.44% e 22.7%, respetivamente). Por último, no que diz respeito ao número de filhos das utentes que realizaram IVG's, os dados fornecidos pela DGS (2010; 2011; 2012; 2013) revelaram que a maioria das mulheres não tinha filhos no momento da IVG nos cinco anos – 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012, respetivamente, 39.66%, 39.80%, 39.63%, 40.01% e 40.40%.

## **2. IVG E SAÚDE MENTAL**

Atualmente, existe um grande número de estudos relativos às consequências da IVG para a saúde mental da mulher. Cameron e Dean (2010) enfatizam que para múltiplos autores é consistente a ideia de que a decisão de interromper uma gravidez indesejada é suscetível de conduzir a mulher ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, nos mais diversos níveis. Estes autores, consideram neste sentido, que independentemente das circunstâncias caracterizadoras desta experiência, pode estar inerente o risco de surgimento de problemas psicológicos.

Major, Appelbaum, Beckam, Dutton, Russo e West (2008) consideram que ao reconhecermos as implicações psicológicas da IVG, deveremos ter em conta a sua abrangência ao nível de uma

diversidade de experiências e significados distintos para cada mulher. Neste sentido, a IVG pode qualificar-se como um evento realizado não num momento isolado, mas enquanto acontecimento numa história familiar e afetiva, construída no decorrer da vida da mulher (Borsari, 2012). Portanto, a experiência psicológica face à IVG e a respetiva construção do seu significado são moldados pela ampla gama de contextos nos quais a interrupção da gravidez se insere, sejam eles pessoais, sociais, económicos, religiosos e culturais e não refletem exclusivamente o significado deste ato para a mulher, mas também o que se refere à gravidez e projeto de maternidade existente (Avalos, 1999; Major, Appelbaum, Beckam, Dutton, Russo & West, 2008). Como tal, a variação da experiência e significado da IVG para cada mulher de acordo com características específicas, nomeadamente, eventos ou circunstâncias que conduziram à gravidez, situações de vida e relacionamentos no momento da tomada de decisão da interrupção, razões que conduzem à sua concretização, circunstâncias e condições nas quais ocorre e por fim, o alargado contexto sociopolítico que lhe subjaz, deverá ser tida em conta na procura de associações entre a IVG e problemas de foro psicológico (e.g. Major, Appelbaum, Beckman, Dutton, Russo & West, 2009; Coleman, 2011; Borsari, 2012).

Constituindo-se o conjunto de variáveis pessoais, relacionais e sociais enquanto capazes de moldar o processo de tomada de decisão da IVG, a sua natureza é suscetível de facilitar ou dificultar este processo e ainda condicionar as respostas emocionais que resultam desta experiência (e.g. Sereno, Leal & Maroco, 2012). São, portanto, múltiplos os fatores implicados na decisão de interromper a gravidez, o que permite a constatação de que a experiencição da IVG se insere num contexto multifacetado (Coleman, Coyle, Shuping & Rue, 2008). A título de exemplo, o modelo do processo de tomada de decisão da IVG, elaborado por Miller (1992) indica que a decisão de interromper uma gravidez é mediada por determinados fatores, nomeadamente, características de personalidade, motivações face à conceção, atitudes adotadas pela mulher e familiares face à IVG e maternidade, dificuldade em aceitar a gravidez inserida num determinado momento de vida e fatores legais ou relacionais. Neste seguimento, o estudo levado a cabo por Sereno, Leal e Maroco (2012) veio atestar (em parte) a referida influência, concluindo que na maioria dos 150 casos estudados pelos autores, a “resolução reprodutiva” (pp. 66) encontrada, isto é, a decisão de interromper a gravidez, foi modelada por motivações sócio-económicas e ausência de projetos de maternidade. Da mesma forma, Broen, Moum, Bodtker e Ekeberg (2005) concluem que de um modo geral, os motivos mais frequentemente relatados se prendem com o nível educacional, situação de emprego, situação económica, ausência de desejabilidade para ter um bebé, ausência de vontade pelo parceiro em ter um filho, cansaço, ter filhos considerados enquanto suficientes para o momento atual e a pressão sentida pelo parceiro para proceder à IVG.

O nível de satisfação com a IVG após a sua realização é variável. Os resultados obtidos no estudo realizado por Soderberg, Janzon e Sjoberg (1998) na Suécia, revelaram que 76,1% das mulheres entrevistadas um ano após a realização da IVG não voltariam a fazê-la no caso de uma nova gravidez, sendo que as restantes 19,8%, demonstraram alguma indecisão quanto ao sentimento de

correta tomada de decisão. No entanto, outros estudos como o recentemente publicado por Foster, Gould, Taylor e Weitz (2012) nos Estados Unidos, concluiu, que nove em cada dez mulheres expressam altos níveis de confiança na decisão de interromper a gravidez, sendo que paralelamente se considera enquanto situações carecidas de especial atenção e cuja prevalência é igualmente alta, a experimentação de sentimentos ambivalentes, a posse de crenças negativas, o sentimento de pressão para a IVG, as preocupações espirituais ou religiosas e a apresentação de baixos níveis de apoio social. Dado isto, estes autores confirmam a necessidade de que uma especial atenção seja dada às referidas situações, sugerindo que no momento sequente à IVG, se constitui enquanto particularmente importante o apoio psicológico, designadamente para mulheres jovens, com histórico de Perturbação Depressiva, com preocupações espirituais em torno da IVG e com marcadas dificuldades no momento de decisão da sua realização.

Segundo Hogberg e Lalos (2004), apesar da decisão de interromper a gravidez geralmente elaborar níveis de satisfação elevados, metade das mulheres que o faz revela sentimentos de dor, um ano após a sua realização, podendo segundo a perspetiva de Sereno, Leal e Maroco (2012), concluir-se que esta é uma decisão difícil e emocionalmente exigente para a maioria das mulheres. Neste sentido, Foster, Gould e Kimport (2012) referem que a forma como uma mulher lida com a IVG se associa à presença de confiança no momento de tomada de decisão. Os autores concluíram no seu estudo que de uma amostra de 5 109 mulheres que realizaram IVG, menos de uma em cada dez antecipou sentimentos de felicidade após a IVG e a maioria (cerca de 86%) esperou sentir alguma emoção positiva, designadamente de alívio ou confiança. Por conseguinte, desta mesma amostra, cerca de 41% idealizou vir a ter leves emoções negativas como tristeza e culpa e no que diz respeito a emoções muito negativas, como muita tristeza, vergonha, muita culpa e raiva, estas revelam-se como menos comuns, sendo retratadas por 11% das referidas mulheres. Por sua vez, as mulheres que relataram ter preocupações de índole espiritual acerca da IVG, bem como aquelas que revelaram não ter confiança na sua decisão de interromper a gravidez e aquelas que consideram total ou parcialmente a equivalência entre a IVG e o homicídio de um bebé, tendem a antecipar emoções negativas.

Em suma, estando as interpretações retrospectivas da experiência da IVG sujeitas a alterações de tempo especialmente ao nível do crescimento pessoal, está subjacente segundo Avalos (1999), a possibilidade de surgimento de novas perceções e reflexões. É portanto, segundo este autor, possível a manutenção, no decorrer do tempo, do sentimento de tomada de decisão correta, ou noutros casos, o surgimento de um leque de opções distinto do que aquele que existiu no momento da realização da interrupção da gravidez.

O contexto social no qual a gravidez e a IVG se inserem apresenta um impacto significativo na experiência psicológica da mulher (Major, Appelbaum, Beckam, Dutton, Russo & West, 2008). Verifica-se uma estreita associação entre a positiva adaptação à IVG e o suporte recebido por pessoas significativas, como são exemplos, o parceiro, pais e amigos na tomada de tal decisão (e.g. Moseley, Follingstad, Harley & Heckel, 1981; Broen, Moum, Bodtker & Ekeberg, 2005). Esta, não é na maior

parte das vezes tomada de forma isolada, mas antes determinada dentro de um contexto de um relacionamento íntimo ou com a participação de pessoas significativas, não refletindo, portanto, apenas o desejo da mulher pela gravidez (Rivera, 1998). Este autor considera que a decisão de interromper a gravidez é mediada por opiniões terceiras e pela qualidade das relações estabelecidas com estas pessoas, sendo que a título de exemplo, do estudo realizado por Bodtker e Ekeberg (2005) que albergou cerca de 80 mulheres que realizaram IVG concluiu-se que a pressão sentida do parceiro para a consecução da interrupção da gravidez se constituiu enquanto preditor de stress emocional capaz de se manifestar 6 meses e 2 anos após a IVG. Face a isto, conclui-se através deste estudo que o sentimento de pressão identificado pela mulher para a interrupção da gravidez é um indicador de ambivalência quanto à tomada de decisão pela mesma, pelo que a sua aceitação de que outras pessoas decidam sobre eventos importantes da sua vida, como é o caso da IVG, dificultam a posterior adaptação a este procedimento.

Numa perspetiva diferente, lidar com as emoções despoletadas pela IVG através da procura de suporte social associa-se segundo, Richards, Cooper, Cozzarelli e Zubek (1998) a níveis baixos de stress psicológico no momento posterior à interrupção da gravidez. Segundo estes autores, no contexto que envolve o enfrentamento à IVG, a procura de apoio traduz-se como uma estratégia importante na medida em que para muitas mulheres, coexiste uma acentuada necessidade de que o parceiro ou outro familiar próximo, lhe preste apoio emocional e instrumental.

Goodwin & Ogden (2007) indicam que a reação emocional face à IVG, seja ela positiva ou negativa, acontece independentemente das crenças da mulher sobre a sociedade, não existindo portanto, uma relação linear entre os conceitos. Não obstante, estes autores explicam, que a mulher tem em consideração tais crenças no sentido de legitimar a sua reação. A título de exemplo, se a mulher sentir por parte da sociedade algum tipo de julgamento, a sua reação positiva face à IVG tende a persistir, sendo que no entanto, associados a esta reação, surgem sentimentos de ressentimento e a demonstração de que os seus valores sociais foram com isto alterados. Ainda assim, os autores referem que no caso de a mulher verificar atitudes de apoio consigo, tende a manter a perceção de que as suas reações e sentimentos não são reconhecidos. Neste sentido, os autores concluem que quando ocorre uma perda que do ponto de vista social não é reconhecida, ocorre a exacerbação da dor e decorrente disto, a impossibilidade de que o apoio necessário seja prestado, coexistindo assim a perceção por parte da mesma, de que a sociedade lhe presta o oposto do que aquilo que no momento procura. Estes autores sugerem assim que a perceção das mulheres sobre os diferentes pontos de vista sociais acerca da IVG não só pode influenciar a sua experiência da IVG como também esta experiência pode por sua vez alterar a forma de como constrói a sua visão da sociedade. Além disto, os autores sugerem que este processo interativo influencia não só a resposta emocional inicial como também a que ocorre ao longo do tempo.

Neste seguimento, Major, Appelbaum, Beckam, Dutton, Russo e West (2008) referem que do ponto de vista sociocultural, as práticas sociais e mensagens estigmatizantes face à prática da IVG



podem contribuir para experiências negativas do ponto de vista cognitivo, emocional e comportamental, capazes de comprometer o funcionamento social, psicológico e biológico da mulher. Neste sentido, estes autores concluem que o estigma social é particularmente prejudicial em termos de saúde mental quando conduz a um estigma internalizado na mulher que se caracteriza pela sua percepção face aos outros, de crenças negativas e estereótipos sociais sobre si mesma.

Richards, Cooper, Cozzarelli e Zubek (1998), assumem que a forma de ajustamento à IVG, bem como os sentimentos que lhe estão inerentes, está estritamente relacionada com a personalidade, com a avaliação cognitiva pessoal da IVG e com as estratégias adotadas para lidar com a mesma. Como tal, os mesmos autores referem que os recursos alusivos à personalidade considerados enquanto mais resilientes (autoestima, controlo percebido e otimismo) indicam como menos provável que a IVG seja interpretada enquanto stressante e aumentam consequentemente a auto-eficácia para a enfrentarem.

Adicionalmente, Cozzarelli (1993) propôs-se a explorar a relação estabelecida entre um conjunto de variáveis caracterizadoras da personalidade e sentimentos específicos de auto-eficácia na adaptação à IVG enquanto acontecimento de vida stressante. Concluiu, de uma amostra de 291 mulheres, que a autoestima, o otimismo e a percepção de controlo têm efeitos mediados pela auto-eficácia na adaptação à IVG nas três semanas seguintes, assumindo-se assim o efeito mediador na relação personalidade-ajustamento. O autor refere, fruto de uma sistemática revisão, que um dos contributos mais importantes da personalidade, no contexto de adaptação a eventos stressantes de vida, é a motivação e o consequente aumento dos sentimentos de auto-eficácia. Assim, concluiu no seu estudo que as mulheres que sentiram eficácia num cenário de IVG, eram capazes de idealizar uma boa adaptação a tal cenário e consequentemente traduzir tais expectativas em incentivos para um enfrentamento efetivo face ao mesmo.

Sereno, Leal e Maroco, (2012), enfatizam a perspetiva do stress e coping, concetualizando as reações emocionais à decisão da IVG e à sua experiência, como estando enquadradas num processo normativo de adaptação a um acontecimento indutor de stress (estímulo), colocando em causa a sobrevalorização de reações emocionais negativas no período que sucede a interrupção da gravidez. Posto isto, o modelo desenvolvido por Lazarus e Folkman (1984) sugere que o stress psicológico se traduz numa relação entre a pessoa e o ambiente, que é avaliada como superior aos recursos de que dispõe para lidar com ela e que coloca consequentemente o seu bem-estar, em risco (cit. in Schuster, Hammit & Moore, 2003). Assim sendo, o modelo transacional desenvolvido pelos autores acima referidos inclui fatores capazes de influenciar as avaliações realizadas pelo indivíduo acerca do estímulo desencadeador de stress, o enfrentamento ao mesmo e os resultados obtidos, interferindo os fatores pessoais na forma de como o indivíduo percebe a relação com o ambiente e incluindo os fatores situacionais, a novidade, previsibilidade, duração e iminência do estímulo. Como tal, as percepções baseadas nestes fatores são descritas como a base para a avaliação cognitiva da situação como sendo ou não desencadeadora de stress, coexistindo na avaliação, um processo

complexo capaz de possibilitar ao indivíduo a consideração de opções disponíveis e consequentemente a aplicação das estratégias de enfrentamento (coping) de forma eficaz. A mesma fonte refere que traduzindo-se as mesmas pelo processo pela qual a pessoa avalia o estímulo como stressante, tributário ou capaz de exceder os recursos de que dispõe, o uso das mesmas estratégias será feito até que este não seja considerado stressante, ou pelo menos, tolerável.

Neste contexto, o Modelo de Stress e Coping é indicado por Steinberg e Finer (2011), sustentando que resultados psicológicos negativos decorrentes da realização de uma IVG, são preditores de uma menor apetência para lidar com eventos de vida considerados stressantes, considerando-se, crucial, atender às circunstâncias nas quais se insere a IVG, para que a correta compreensão do ajustamento psicológico após a mesma, ocorra. Exemplos das mesmas, poderão ser, segundo estes autores, a intenção de gravidez, o apoio social, as expectativas para lidar com o procedimento, emoções vivenciadas, estado de saúde mental antes da sua realização e a influência da rede de suporte social.

Considerando, deste modo que o uso de estratégias de coping é preditor dos padrões de ajustamento à IVG, Richards, Cooper, Cozzarelli e Zubek (1998) concluíram que de forma generalizada, verifica-se nas mulheres que a realizam, um envolvimento e esforço na sua aceitação através do uso das mesmas estratégias. Neste sentido, os autores indicam que as estratégias de coping adotadas se constituem enquanto determinantes nos resultados psicológicos pós IVG, pelo que quanto mais e melhor as mulheres enfrentam este procedimento através da aceitação, mais positiva será a adaptação posterior, no que diz respeito aos níveis de angústia, bem-estar e satisfação com a decisão de interromper a gravidez.

Com isto, e tendo em conta o exposto, Major, Appelbaum, Beckam, Dutton, Russo e West (2008) encerram que embora uma gravidez indesejada e consequente interrupção, possam colocar desafios à mulher que elabora este procedimento, não ocorre de forma inevitável a sua experiencição negativa com inerentes consequências psicológicas. No entanto, segundo Cameron (2010) torna-se útil neste contexto atender à possibilidade de que fatores de risco capazes de potenciar problemas a este nível, estejam presentes.

Neste sentido, Major, Appelbaum, Beckam, Dutton, Russo e West (2008) consideram enquanto fatores condicionantes os ambientais (idade, recursos materiais existentes e presença ou ausência de apoio social) e pessoais (personalidade, atitudes e valores). Decorrente destes, surge conforme a mesma fonte a identificação de fatores associados às reações psicológicas negativas após a IVG, nomeadamente a desejabilidade e significado atribuído à IVG, a pressão percebida de outros (parceiro, familiares e/ou amigos) para a interrupção da gravidez, a oposição percebida de outros (parceiro, familiares e/ou amigos) para a interrupção da gravidez, a ausência de apoio social percebida na decisão de interromper a gravidez, experiências prévias de IVG assinaladas de forma negativa, traços de personalidade (baixa autoestima, pessimismo e baixa perceção de controlo) e histórico de problemas de saúde mental, prévio à gravidez.

Paralelamente, suportada por uma abordagem focada em fatores de risco comuns, fruto da comparação das consequências psicológicas de mulheres que realizaram IVG e mulheres que conduziram as gravidezes até ao fim, surge a conclusão de Steinberg e Finer (2011) de que os fatores associados a uma acrescida probabilidade de realização de uma IVG, se associam por sua vez, à probabilidade de desenvolvimento ou agravamento de problemas psicopatológicos posteriores à mesma. Os fatores de risco constituem-se segundo estes autores, e à semelhança dos anteriormente mencionados, por fatores estruturais (nível de educação, o salário, a história de violência e os eventos adversos de vida), fatores sociais (suporte social percebido) e por último, fatores pessoais (problemas emocionais e comportamentais e características do relacionamento com o parceiro). Paralelamente, deve ser considerada, segundo os autores, a história prévia de aborto (nenhum, um ou múltiplos) e a sua relação com a saúde mental. Adicionalmente, Soderberg, Janzon e Sjoberg (1998) enumeram o viver sozinha, o fraco suporte emocional da família e amigos, as alterações relacionais com o parceiro após a IVG, a ambivalência na sua decisão e as atitudes em relação à mesma, enquanto preditores de sofrimento emocional.

## **2.1 IVG e Psicopatologia**

Constituindo-se evidente a concordância de que apenas algumas mulheres que interrompem voluntariamente a gravidez, experimentam reações negativas após este procedimento (e.g. Reardon & Ney, 2000), os sintomas psicológicos adversos e clinicamente significativos da IVG ocorrem segundo alguns autores, numa minoria de mulheres que interrompe voluntariamente a gravidez (Robinson, Stotland, Russo, Lang & Occhiogrosso, 2009). Neste sentido, o estado de saúde mental prévio à IVG, constitui-se de acordo com estes autores, como o mais forte preditor do desenvolvimento e/ou exacerbamento de problemas a este nível. Segundo Major, Cozzarelli, Cooper, Zubek, Richards, Wilhite e Gramzow (2000) mulheres com história prévia de perturbação depressiva estão mais predispostas ao seu surgimento após a IVG, bem como a sentimentos de arrependimento.

Os mesmos autores propuseram-se a analisar a saúde mental e emoções relacionadas com a IVG em momentos temporais distintos, confirmando as evidências apontadas pela generalidade dos estudos, de que o sofrimento psicológico severo após a IVG é um fenómeno raro. De acordo com o estudo dos autores foi possível verificar-se para esta população, níveis reduzidos de perturbações do foro psicológico e níveis elevados de satisfação com a decisão de interromper a gravidez. Neste sentido, estes autores estabeleceram que existem 5 reações emocionais negativas e 3 positivas, comuns para estas mulheres 1 hora e 2 anos após a IVG. As emoções negativas são a tristeza, decepção, culpa, autoestima diminuída e sentimento de perda e as positivas, a felicidade, satisfação e alívio.

Também Hogberg e Lalos (2004) consideram que apesar de se verificar na maior parte dos casos a experimentação de sentimentos de alívio nos momentos posteriores à IVG, é possível o surgimento posterior de sentimentos negativos. Apesar disto, a capacidade para fazer face a tais sentimentos é observada na maioria das mulheres em questão, constituindo-se a tristeza ou

arrependimento e consequente culpa, enquanto possíveis consequências da escolha de interromper uma gravidez indesejada (e.g. Stotland, Russo, Lang & Occhiogrosso, 2009). Neste seguimento, considerando Soderberg, Janzon e Sjoberg (1998) que tendo em conta que algumas mulheres que concretizam a IVG desenvolvem alguns sintomas psicopatológicos, determinadas reações deverão ser consideradas normais face ao stress despoletado pelo procedimento em questão.

Apesar destas evidências, surgem algumas referências de que a decisão de interromper uma gravidez indesejada é suscetível de desencadear potenciais problemas ao nível da saúde mental, na medida em que emerge da IVG, um conflito ao nível das possibilidades existentes e alternativas, que se traduzem enquanto risco de desenvolvimento de problemas psicológicos (Cameron, 2010). Não obstante, considerando que a maioria das mulheres que realizam a IVG perceciona este acontecimento como um alívio ou forma pela qual assume a sua responsabilidade em relação à gravidez, constitui-se o período de quatro a doze meses após a interrupção da mesma, o momento temporal no qual reações mais intensas podem acontecer (Kero, Hogberg & Lalos, 2004). Estes autores referem que de uma forma generalizada, a maioria das mulheres que interrompe a gravidez, considera a sua capacidade para lidar com este procedimento, como boa, sendo reduzidos os casos em que se verifica a experimentação de reações negativas, do ponto de vista psicopatológico. Neste sentido, o fator tempo adquire um grande relevo, na medida em que pode melhorar recursos pessoais para o processamento de sentimentos difíceis e promover, neste decorrer, a sua consolidação (Avalos, 1999).

Com isto, as reações resultantes do ato de interromper voluntariamente a gravidez, não podem segundo os mesmos autores ser dissociadas das experiências que ocorrem previamente ao mesmo, isto é, desencadeadas pela experiência de gravidez e pelo processo de tomada de decisão. Neste caso em particular, verifica-se que as perturbações ou surgimento de sintomatologia psicopatológica após a IVG, são mais frequentemente associadas à gravidez indesejada do que à interrupção propriamente dita (Trost, 1982). Tais reações e sentimentos caracterizam-se geralmente por dor, podendo ser interpretadas segundo Kero, Hogberg e Lalos (2004) enquanto consequências psicológicas negativas da IVG.

Constituem-se a depressão, a ansiedade, o uso de substâncias e o comportamento suicida e automutilação, como os temas que atualmente remetem mais interesse do ponto de vista das investigações existentes, no âmbito da associação entre a IVG e a saúde mental (e.g. Fergusson, Horwood, & Boden, 2008). Os resultados do estudo realizado por estes autores, indicaram que comparativamente com mulheres que nunca realizaram IVG, as que o fizeram apresentaram uma taxa de cerca de 30% maior, de prevalência ao nível do surgimento de sintomatologia psicopatológica. Paralelamente, a revisão meta-analítica realizada por Coleman (2011) indicou como válida a ideia de que a IVG pode associar-se a um risco de desenvolvimento de quadros psicopatológicos após a sua realização, cuja variação pode oscilar entre o moderado a muito elevado. Estes resultados vêm contrariar vários, dos anteriormente apresentados.

Burke (1994) descreve a IVG enquanto um evento suscetível de perturbar o normal decorrer da vida da mulher que a realize, relatando em termos estatísticos que 90% das mulheres que interrompe voluntariamente a gravidez vê a sua autoestima diminuída, 50% inicia ou aumenta o consumo de álcool ou drogas, 60% revela ideação suicida, 28% tenta o suicídio e 50% relata alguns sintomas da Perturbação de Stress Pós-traumático (PTSD). Como tal, o autor refere que os sentimentos relativos à IVG são muitas vezes reprimidos, o que resulta consequentemente em dificuldades psicológicas. Neste sentido, atendendo à experiencição por metade das mulheres de sintomas de PTSD, o mesmo autor sublinha o Síndrome pós-aborto enquanto um tipo de stress pós-traumático provocado pelo stress envolvido no ato de interromper a gravidez, pelo que sintomas comuns neste contexto, dizem respeito predominantemente a dor, mágoa e sentimentos de perda e vitimização que ocorrem paralelamente à incapacidade de processar a IVG e à negação e repressão dos pensamentos e sentimentos sobre a mesma.

Hipotetizando que as mulheres que interrompem a primeira gravidez, apresentam, comparativamente com aquelas que concluíram os seus processos de gestação, um risco significativamente mais elevado para a experimentação de Perturbações de Ansiedade, designadamente a Fobia Social, ou PTSD, Steinberg e Russo (2008) concluem que embora os níveis de ansiedade se verifiquem mais baixos e os de PTSD mais elevados, tais valores não são estatisticamente significativos para a corroboração desta hipótese. Assim, considerando os mesmos quadros psicopatológicos e supondo como significativa a relação entre o número de interrupções de gravidezes realizadas, isto é, nenhuma, uma ou múltiplas, e taxas mais elevadas da prevalência dos mesmos para os casos nos quais a repetição da IVG existe, a mesma fonte conclui que dependendo das perturbações psicopatológicas, tal hipótese é válida. Posto isto, e apesar dos resultados não se terem revelado significativos, mulheres que concretizaram duas ou mais interrupções da gravidez apresentaram níveis mais elevados de Fobia Social, comparativamente com aquelas que nunca o fizeram. Todavia, quando o alvo de comparação se caracterizou por mulheres que realizaram uma vez a IVG, os mesmos níveis destacaram-se.

Neste contexto, Cogle, Reardon e Coleman (2005), verificaram que a existência de elevadas taxas de Ansiedade Generalizada se verifica em mulheres que realizaram IVG, comparativamente com aquelas que conduziram as gravidezes até ao fim, mesmo que indesejadas. Estas evidências são sustentadas pelo facto de a evasão cognitiva implicada na referida perturbação se constituir enquanto mediadora possível e responsável pelo impacto de um acontecimento de vida negativo, tal como a IVG. Desta forma, a preocupação experienciada pelas mulheres que concretizam a interrupção da gravidez, poderá associar-se ao evitamento cognitivo de que futuros eventos sejam alvos de uma maior focalização, como é o caso da experiencia emocional despoletada pela IVG.

Ainda na mesma linha, Coleman, Coyle, Shuping e Rue (2008), propuseram-se igualmente a explorar as associações existentes entre a história de IVG e a prevalência de Ansiedade e ainda uma mais ampla gama de desordens psicológicas, designadamente ao nível do Humor e do abuso de

substâncias, através de uma amostra representativa cuja avaliação foi realizada ao longo de 5 anos. Concluindo a existência de um maior risco para a prevalência das mesmas em mulheres cuja realização da interrupção voluntária da gravidez existiu, foram identificados adicionalmente, relevantes fatores pessoais, situacionais e demográficos subjacentes, designadamente, idades superiores, maior nível de educação, etnia africana, situação marital de divórcio ou viuvez, pequenos agregados familiares, situação de emprego e história pessoal de abuso sexual na infância e idade adulta. Como tal, foi indicado pela mesma fonte, que a IVG é suscetível de potenciar como efeitos significativos, desordens mentais, nomeadamente, a Perturbação de Pânico, a Agorafobia e a Perturbação Bipolar, e por fim, dependência e abuso de álcool e drogas, cuja prevalência ultrapassou, neste estudo, os 10% da população estudada.

Por fim, considerando uma amostra representativa em termos de prevalência de patologias mentais, designadamente ao nível do humor e ansiedade, também Steinberg e Finer (2011) concluíram que as mesmas são mais suscetíveis de ocorrer em mulheres que realizam múltiplas interrupções voluntárias da gravidez, comparativamente com aquelas que o fizeram uma ou nenhuma vez. Por conseguinte, tal aspeto é justificado pelo facto de as perturbações mentais se correlacionarem com potenciais comportamentos sexuais de risco capazes de conduzir a gravidezes indesejadas.

## **2.2 IVG e Consumo de Substâncias**

De acordo com o estudo realizado por Coleman, Maxey, Spence e Nixon (2009) tem-se observado ao longo dos anos um aumento significativo do uso de substâncias entre as mulheres. Estes autores referem que comparativamente com os homens, as mulheres apresentam um risco acrescido para o consumo de substâncias em resposta a eventos de vida stressantes, como é exemplo, a IVG. Tal como foi referido no ponto anterior, a IVG pode associar-se a uma perturbação de alguns aspetos da vida de uma mulher, pelo que no que respeita ao consumo de substâncias, verifica-se uma prevalência para 50% dos casos, do início ou aumento do consumo de álcool ou drogas (Burke, 1994).

Reardon e Ney (2000) referem que o facto de as drogas e o álcool serem atualmente utilizados como apaziguadores de stress pode conduzir-nos à hipótese de que o uso de substâncias por mulheres que realizam IVG se traduz na assunção de que este procedimento é um fator de stress psicológico. Neste sentido, numa perspetiva similar, ao elaborarem como possível a hipótese de que taxas elevadas de uso de substâncias, poderão ser encontradas nesta população atendendo ao seu efeito apaziguador de stress, estes autores concluíram a existência da referida associação, apesar da taxa de resposta global ao consumo de substâncias se revelar relativamente baixa (14,2%). Paralelamente, a mesma fonte concluiu que alguns mecanismos são capazes de explicar níveis elevados de abuso de substâncias para estas mulheres comparativamente com outras e que conduzem as gravidezes até ao fim. Assim, os autores sugerem que a interrupção da gravidez é suscetível de aumentar subsequentemente o risco de consumos de substâncias, pelo que esta tendência é verificada através da maior propensão de interrupção da gravidez quando esta não é previamente planeada.

Por conseguinte, Coleman, Reardon, Rue e Cogle (2002) hipotetizaram no seu estudo, que o uso de substâncias, nomeadamente tabaco, álcool, marijuana e quaisquer outras drogas ilícitas, durante a gravidez se associa a uma história de IVG. Consistentes com tal assunção, os resultados revelaram índices significativamente mais elevados de consumo de substâncias em mulheres que interromperam voluntariamente a gravidez, comparativamente com outras cuja gravidez foi levada até ao final. Neste sentido, os autores propõem que as primeiras poderão revelar uma maior necessidade em usar substâncias capazes de alterar as emoções experienciadas aquando da gravidez, uma vez que uma gravidez subsequente é suscetível de despertar sentimentos não resolvidos e diretamente relacionados com a IVG.

Segundo uma perspetiva diferente, Martini, Collins, Ellickson e Klein (2006) encontraram, uma estreita associação entre o consumo de substâncias aos 18 anos e a probabilidade acrescida de realização posterior da IVG. Através do estudo longitudinal que realizaram, os autores propuseram-se a explorar a associação referida, concluindo que a não conformidade na adolescência com os padrões culturais e sociais, se revelou um forte preditor de gravidez não planeada e consequente IVG. A título de exemplo, os autores referem o tabaco, a marijuana e drogas pesadas como ilustrativas das associações referidas.

### **3. IVG E RELAÇÕES ÍNTIMAS**

De acordo com Coleman, Rue e Coyle (2009) a gravidez indesejada é suscetível de desencadear alterações negativas ao nível dos relacionamentos íntimos em cada membro do casal, designadamente conflitos em relação às preferências pessoais, crenças, moralidade e compromissos com a relação. Face a tal, os autores consideram que independentemente do nível de concordância em relação à IVG, é na sua resolução, isto é, na tomada de decisão da IVG, que se pode verificar um efeito adverso na relação.

Bradshaw e Slade (2003) efetuaram uma revisão de estudos acerca das reações emocionais das mulheres antes e após a realização de uma IVG, particularmente no que concerne aos relacionamentos existentes, concluindo como certa a ausência no relato das mulheres, de alterações ao nível da relação estabelecida com o parceiro logo após a IVG. Os autores concluíram assim, que a maioria das participantes dos estudos revistos não indicam mudanças ao nível do relacionamento em geral e especificamente, do ponto de vista sexual, sendo de ressaltar no entanto, que os efeitos negativos nas dimensões referidas foram relatados por cerca de 10 a 20% das mulheres, durante o primeiro ano após a IVG e até 3 anos depois. Neste sentido, os autores consideram que a IVG é suscetível de implicar para algumas mulheres, uma variedade de efeitos ao nível dos relacionamentos.

Também Coleman, Rue e Coyle (2009) se propuseram a analisar as associações entre a história de IVG e vários indicadores de funcionamento adverso da relação, nomeadamente, a perceção de mudanças na qualidade de vida associada com o término do relacionamento, disfunção sexual,

conflito verbal e violência por parte do parceiro íntimo. Neste sentido, os resultados do estudo realizado por estes autores evidenciaram claras diferenças ao nível do género, indicativos de mais dificuldades para a mulher após a IVG. Concluiu-se assim, um aumento significativo após a IVG de episódios de violência doméstica por parte do homem, do conflito verbal relativo a temas que envolvem crianças e/ou filhos, parentes do parceiro ou questões de foro monetário, com níveis significativamente superiores para as mulheres comparativamente com os homens e de disfunções sexuais na mulher caracterizadas pela dor durante o ato sexual, incapacidade para atingir o orgasmo ou excessiva rapidez no seu alcance. A este nível, os autores concluíram que comparativamente com as mulheres que na sua maioria experimentam com a reação de luto normativa à IVG, uma diminuição do interesse sexual, os homens tendem a procurar intimidade sexual reconfortante. Conclui-se em relação às diferenças de género no luto, que o homem tende a ser menos adaptável à perda da gravidez, revelando conseqüentemente mais dificuldades na sua resolução. Por último os autores concluíram que quando um novo relacionamento é estabelecido após a IVG, vê-se por um lado ampliada a perceção de aumento da qualidade de vida com o término da relação anterior e por outro, acresce-se o risco de que surja na nova relação conflito verbal em relação ao consumo de substâncias e ciúmes.

Rodrigues e Hoga (2006) realizaram um estudo qualitativo que procurou caracterizar a vivência do homem perante a interrupção da gravidez e preencher assim a ausência de estudos com esta população. Concluíram assim que na maior parte dos casos se verificam consequências emocionais negativas no homem, com inerentes resultados ao nível da relação estabelecida com a mulher que realiza a IVG e que se podem verificar em duas vertentes, ou seja, no fortalecimento da relação ou na sua deterioração. Tal aspeto justifica-se para a primeira situação segundo a perspetiva dos autores, pelo facto de as mulheres valorizarem os seus parceiros quando no caso compartilharem as suas dificuldades emocionais com estes.

Bianchi-Demicheli e Ortigue (2007) concluíram do estudo que realizaram, a possibilidade de surgimento de qualquer tipo de disfunção sexual, após a IVG, sendo indicados como mais prevalentes a Perturbação do Desejo Sexual, Perturbação do Orgasmo e diminuição do desejo sexual e coexistindo a suscetibilidade de alterações a este nível, ao longo do tempo. Não obstante, os autores referem que no seguimento dos estudos que se debruçaram no período compreendido entre 6 e 12 meses após a IVG, se verificou uma diminuição dos efeitos negativos ao nível na vida sexual comparativamente com os que avaliaram tais efeitos a curto prazo. Outros fatores como a qualidade do relacionamento com o parceiro, são suscetíveis, segundo os autores, de influenciar os efeitos adversos da IVG, sendo que se concluiu uma estreita associação entre a qualidade do relacionamento (gratificante) e a capacidade para lidar com o aparecimento da disfunção sexual.

Concluindo os autores Sereno, Leal e Maroco (2012) que a sexualidade é para a maioria das mulheres que realiza IVG considerada enquanto fonte de afetos, mais do que de prazer. A apresentação de crenças que fazem a maternidade traduzir-se enquanto um projeto central de vida e a reprodução enquanto função primordial da sexualidade feminina, contribuem para que uma



representação mais positiva da IVG, por estas mulheres, suceda. Como tal, decorrente de tais crenças é possível, segundo os autores afirmar que aquando da ocorrência da maioria das gravidezes, a existência de possíveis confusões entre os distintos planos da sexualidade, designadamente a área do prazer e a função reprodutiva, ocorre. Neste sentido, as diferenças resultantes das crenças existentes resultam em conceções díspares. No que concerne a crenças elevadas relativas à função reprodutora enquanto primordial na sexualidade feminina, observa-se uma ligação a maiores conflitos no processo de tomada de decisão e consequente reatividade emocional capaz de se manifestar em níveis mais elevados de intensidade de sintomatologia psicopatológica. Por outro lado, crenças focadas ao nível da dimensão do prazer na sexualidade feminina, associam-se a níveis superiores de satisfação com a rede de suporte social existente. Por conseguinte, e fruto do estudo levado a cabo pelos mesmos autores, verifica-se por parte destas mulheres uma dificuldade em atribuir um significado emocional ao comportamento sexual, verificando-se um desejo de gravidez não correspondente a um desejo de maternidade.

#### **4. IVG E PLANEAMENTO FAMILIAR/CONTRACEÇÃO**

A contraceção constitui enquanto principal contribuição universalmente reconhecida, a redução do número de nascidos indesejados (Marston & Cleland, 2004). Considerando os mesmos autores, que a IVG se constitui como um indicador de gravidez indesejada e inoportuna, a contraceção alarga o seu campo contributivo à diminuição ao seu recurso. É neste sentido que se verifica a importância do uso de método contraceptivos, capazes de conduzir ao declínio do número de gravidezes indesejadas e consequentemente, da IVG (Kalyanwala, Acharya & Zavier, 2012; Marston & Cleland, 2004; Mittal, 2006).

Paralelamente à indesejabilidade e consequente adiamento ou evitamento de uma futura gravidez, torna-se fulcral o início do processo de planeamento familiar logo após a IVG, na medida em que, contrastando com o período pós-parto, as mulheres que realizam a interrupção da gravidez, enfrentam um risco quase aumentado de gravidez após a IVG (Mittal, 2006). Em Portugal, a Lei n.º 16/2007 faz referência à contraceção/planeamento familiar em dois momentos já referidos previamente e que resultam na prestação de informações e esclarecimentos à mulher grávida ou seu representante legal acerca dos métodos contraceptivos a adotar (Artigo 16.º) e na posterior garantia da prescrição de um método contraceptivo adequado ao caso específico, bem como a marcação de uma consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar a realizar no prazo máximo de 15 dias após a interrupção da gravidez (Artigo 19.º). De acordo com a Administração Regional de Saúde do Norte (2011), o procedimento do planeamento familiar no âmbito da IVG, assenta em três princípios. O primeiro diz respeito à decisão da contraceção a adotar, que de acordo com esta fonte, é tomada pela mulher, considerando os antecedentes à gravidez indesejada e estabelecendo o método mais adequado a cada caso. O segundo princípio diz respeito ao planeamento, que assegura que o método contraceptivo

escolhido é utilizado de forma devida. O último princípio é a efetivação de que o método adotado, é eficaz para o caso específico.

No que respeita aos métodos contraceptivos existentes, foi descrito pela World Health Organization (WHO) (2003) aqueles que poderão ser utilizados no período seguinte à IVG, entre eles, os contraceptivos orais, injetáveis, implantes, dispositivo intrauterino (DIU), preservativo masculino e/ou feminino, espermicidas, métodos de barreira, métodos baseados na consciência da fertilidade, oclusão tubal e contraceção de emergência.

Com o intuito de explorar os fatores associados ao uso de métodos contraceptivos em mulheres que interrompem voluntariamente a gravidez e a forma de como a prescrição de contraceção antes da realização da IVG, influencia a sua mesma utilização após tal realização, Moreau, Trussell, Desfreres e Bajos (2010) concluem que de forma generalizada, as gravidezes indesejadas e consequentes interrupções resultam de falhas anticoncepcionais, sendo a ausência de percepção do risco de gravidez o motivo mais frequentemente atribuído à não utilização destes métodos. Paralelamente, o seu uso inconsistente e incorreto, representa as referidas falhas.

Com isto, os autores referem com base no estudo que realizaram, que associando-se a IVG ao aumento da prescrição de métodos contraceptivos eficazes, o desejo de adaptação à sua prescrição no momento posterior à realização da interrupção da gravidez é característico da maioria das mulheres que interrompe a gravidez. Conclui-se, neste sentido, a opção por um diferente método contraceptivo, comparativamente com o que seria utilizado antes da ocorrência da gravidez e consequente interrupção. Assim, estes autores sublinham a importância do fornecimento de métodos contraceptivos 2 a 3 semanas após a IVG, tendo em conta o risco aumentado de repetição de gravidez indesejada.

Linearmente e de uma forma geral, verifica-se nas mulheres que realizam IVG a necessidade de que aconselhamento por profissionais de saúde acerca dos métodos contraceptivos a adotar posteriormente à mesma, seja feito, acrescentando-lhe o desejo de utilização imediata (Kavanaugh, Carlin & Jones, 2011). Neste sentido a mesma fonte refere que apesar de as mulheres que realizam IVG revelarem interesse em conhecer e explorar uma considerável variedade de métodos contraceptivos possíveis de utilizar, o preservativo, a pílula e a prática de relações sexuais desprotegida são quase que excluídos das suas escolhas. Apesar de a maioria das mulheres que interrompem a gravidez demonstrarem interesse pelo uso imediato de métodos contraceptivos eficazes, definem-se as que pertencem a níveis socioeconómicos baixos, as mais representativas deste fenómeno.

Com o intuito de verificarem as tendências na prática contraceptiva ao nível da IVG para mulheres em idade reprodutiva e/ou que realizaram este procedimento, Sato e Iwasawa (2006) levaram a cabo uma análise a estudos representativos de fertilidade, concluindo que a proporção de usuários de métodos contraceptivos é maior para as mulheres que realizaram IVG (66,8%) comparativamente com as que nunca recorreram a tal procedimento. Como tal, a mesma fonte revela que o uso do preservativo é superior para as últimas, e o DIU (dispositivo intrauterino), a pílula e a esterilização masculina ou feminina para aqueles que recorreram à interrupção da gravidez, sendo a justificação

apontada pelos autores, o facto de a experiência “amarga” da IVG ser desencadeadora da procura de métodos contraceptivos mais viáveis. Por fim, os mesmos autores concluíram ainda que algumas características demográficas como a idade da mulher, a duração da relação, a paridade e o desejo de ter um próximo filho são vistos como determinantes na adesão ao uso de contraceptivos.

Neste sentido, referindo Goodman, Hendlish, Reeves e Foster-Rosales (2008) que do total de IVG levadas a cabo anualmente nos Estados Unidos, cerca de metade se refere à repetição do procedimento em questão, sublinham a eficácia do Dispositivo Intrauterino (DIU) enquanto intervenção segura, eficaz e prática na capacidade de diminuir gestações indesejadas e consequentes interrupções. Como tal, utilizando uma amostra de mulheres cuja inserção do DIU após a IVG ocorreu e que foi comparada com um grupo de controlo cujo método contraceptivo adotado após a IVG seria outro, os autores propuseram-se a avaliar as diferenças relativas à existência de repetição da IVG. Concluiu-se que as mulheres que iniciaram a utilização do DIU momento sequente à IVG, realizaram menos interrupções da gravidez comparativamente como o grupo de controlo, durante o mesmo período de tempo. Os autores concluem desta forma que a utilização imediata do método contraceptivo em questão é suscetível de exercer um efeito muito influente na prevenção e repetição de gestações indesejadas.

Paralelamente, segundo Rose e Lawton (2012), o papel desempenhado pelos métodos contraceptivos reversíveis são atualmente alvo de atenção. Patenteando como objetivo determinar 24 meses após o procedimento descrito, numa amostra de 510 mulheres, a taxa de retorno da interrupção da gravidez, tendo em conta o método contraceptivo utilizado, os autores concluíram que o acesso a métodos intrauterinos, designadamente o DIU (dispositivo intrauterino) e a inserção de implante, se revelaram enquanto capazes de reduzir significativamente a referida taxa.

Neste sentido, e atendendo a que se considera que mulheres que realizam IVG, apresentam, comparativamente com outras que não a façam, uma probabilidade mais elevada de que novas gravidezes indesejadas ocorram, é importante atender a que apesar do vasto leque de métodos contraceptivos considerados eficazes, a assiduidade da sua utilização é considerada baixa para estas mulheres (Upadhyay, Brown, Sokoloff & Raine, 2012). Em contrapartida, a experiência de uma gravidez indesejada e consequente interrupção são consideradas pelos autores como suscetíveis de conduzir a mudanças comportamentais capazes de proteger a mulher contra gravidezes indesejadas e portanto, de usar de forma continuada, qualquer tipo de contraceção.

### 1. METODOLOGIA

A presente Dissertação de Mestrado - Experiência da realização de uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) – dois anos depois – encontra-se integrada no projeto de investigação “Interrupção Voluntária da Gravidez – experiência numa unidade hospitalar da Região Metropolitana do Porto” que procura explorar as características sociodemográficas e psicossociais presentes nas mulheres que realizam uma Interrupção voluntária da Gravidez. Este é um projeto longitudinal, conduzido ao longo de três fases. A fase I diz respeito ao momento da tomada de decisão e realização da IVG, a fase II corresponde a um ano após a IVG e finalmente, a fase III que diz respeito ao tema desta dissertação e que procura dar continuidade, dois anos após a realização da IVG, à caracterização do impacto psicológico na mulher, deste procedimento.

O estudo em questão é de natureza metodológica qualitativa, abarcando uma abordagem semi-indutiva (Almeida & Freire, 2003). Em termos conceituais e de acordo com a perspetiva de Hancock (2002), a pesquisa qualitativa foca-se no desenvolvimento de explicações acerca de variados fenómenos sociais e procura dar respostas aos mesmos. Isto é, através da procura dos motivos pelos quais os indivíduos desenvolvem determinados comportamentos, da explicação das dinâmicas da construção de opiniões e atitudes, bem como, do impacto dos eventos sociais nas pessoas, da busca de razões e formas pelas quais as diferentes culturas se desenvolvem e por fim, da determinação das diferenças entre os diversos grupos sociais. Estes aspetos ganham um especial enfoque na medida em que a temática da IVG em Portugal é ainda relativamente recente.

A metodologia qualitativa apresenta atualmente um especial enfoque, na medida em que segundo, por exemplo, Pope e Mays (2002), apresenta algumas vantagens quando os fenómenos estudados remetem para cuidados ou serviços de saúde. Considerando os autores que os temas de saúde são de uma forma generalizada mais complexos que temas de outras áreas, justificam a relevância do seu estudo pela necessidade dos profissionais de saúde em obterem informações fundamentadas.

Em suma, a presente dissertação pretende, através de um processo semi-indutivo com recurso a entrevistas em profundidade compreender o fenómeno das consequências psicológicas da Interrupção Voluntária da Gravidez e face a tal, promover o esclarecimento de algumas dimensões e consequentemente produzir conhecimento (Hancock, 2002).

Neste sentido, patenteia como objetivo geral a exploração da vivência do processo da IVG e o seu impacto na vida de mulheres que realizaram este procedimento há dois anos. Partindo do objetivo geral, foram definidos alguns objetivos específicos, nomeadamente, (i) explorar a perceção do impacto da experiência de IVG ao nível da Saúde Mental; (ii) explorar a perceção do impacto da experiência de uma IVG ao nível do planeamento familiar e contraceção; (iii) explorar a perceção do impacto da

experiência de uma IVG ao nível dos relacionamentos íntimos; (iv) explorar a percepção do impacto e importância do suporte social e relações interpessoais na vivência de uma IVG; (v) explorar a vivência do processo de IVG, e por fim, (vi) explorar a percepção do impacto da vivência de uma IVG no posicionamento face à problemática.

Neste decorrer, procedeu-se à elaboração das questões de investigação, nomeadamente:

- Qual o impacto da IVG ao nível da Saúde Mental?
- Como é que a mulher percebe e descreve a forma pela qual lidou com o processo de IVG?
- Que implicações emergem da realização de uma IVG, relativamente ao planeamento familiar/contraceção?
- Qual a influência do suporte social na vivência da IVG?
- Qual o impacto da IVG nas relações interpessoais?
- Qual o impacto da IVG nas relações íntimas?
- Como é que a mulher descreve a vivência do processo de IVG?
- Qual a influência da realização de uma IVG no posicionamento da mulher acerca da sua prática?

### 1.1 Participantes

Atendendo ao cariz qualitativo da presente dissertação, os critérios de inclusão caracterizam-se pela realização de uma IVG há dois anos atrás e pela retoma das mesmas participantes que constituíram as duas fases anteriores do estudo (fase I e fase II).

Neste sentido, constituem-se enquanto participantes, 6 mulheres que realizaram uma IVG há dois anos atrás e que aceitaram inicialmente, isto é, na fase I, participar no estudo longitudinal. As características sociodemográficas das participantes deste estudo foram obtidas através das entrevistas e encontram-se sistematizadas na tabela 1. É de salientar que as participantes apresentam uma média de 36.5 anos de idade, e que varia entre os 29 e os 44 anos de idade.

*Tabela 1. Características sociodemográficas*

|    | Idade | Escolaridade            | Situação de emprego | Profissão          | Estado civil | Nº de Filhos/Idades              |
|----|-------|-------------------------|---------------------|--------------------|--------------|----------------------------------|
| P1 | 44    | Licenciatura incompleta | Desempregada        | Técnica dentária   | Divorciada   | 2 Filhos<br>14 e 5 Anos de idade |
| P2 | 32    | Licenciada              | Empregada           | Advogada           | Casada       | -                                |
| P3 | 40    | 12º Ano                 | Desempregada        | Gerente de padaria | Solteira     | 1 Filho<br>5 Anos                |
| P4 | 32    | Licenciatura            | Empregada           | Enfermeira         | Solteira     | -                                |
| P5 | 42    | 9º Ano                  | Desempregada        | Cozinheira         | Divorciada   | 2 Filhos<br>8 e 20 Anos de idade |
| P6 | 29    | Licenciatura incompleta | -                   | Estudante          | Solteira     | -                                |

## 1.2 Instrumentos

Tendo em conta os traços caracterizadores da dissertação, já descritos, o método de recolha de dados diz respeito à Entrevista em Profundidade, correspondendo o guião de entrevista, ao instrumento utilizado (Anexo I). Como tal, o guião de entrevista semi-estruturada construído, apresenta a sua estrutura baseada não só no enquadramento teórico realizado, como nos dados dos momentos prévios do estudo (fase I e II) e na prática clínica dos investigadores da equipa (Anexo 1). Como tal, e atendendo às características descritas, a entrevista em profundidade abarca todas as dimensões anteriormente descritas, nomeadamente, a (1) Saúde Mental, especificamente ao nível dos domínios, influência da IVG a este nível, existência de problemas psicológicos, consumo de substâncias e capacidade de coping; o (2) Planeamento Familiar/Contraceção, que integra enquanto vertentes a contraceção, a consulta de planeamento familiar após a IVG, novas gravidezes e projetos de maternidade futuros; as (3) Relações íntimas que integram enquanto principais domínios o relacionamento emocional e sexual e o papel do suporte social prestado por companheiro; o Suporte Social que integra o papel do mesmo e das relações interpessoais na vivência da IVG, quer durante a sua realização, quer no período de tempo decorrido até à atualidade e por fim, a influência da IVG nas relações interpessoais; a (4) Vivência/Experiência da IVG que se constitui pelos domínios circunstâncias de vida aquando da realização da IVG e pela vivência desta experiência; e por último, (5) Posicionamento relativamente à IVG, que integra a perceção relativa a crenças face à IVG e as mudanças de atitudes e posicionamentos.

Constituindo-se a entrevista em profundidade enquanto um dos instrumentos mais comumente utilizados no âmbito da metodologia qualitativa, destina-se a obter uma imagem clara da perspetiva do participante acerca do tema da pesquisa, ou seja, dos seus pensamentos, sentimentos envolvidos e/ou comportamentos (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest & Namey, 2005). De acordo com Boyce e Neale (2006), as principais vantagens subjacentes à entrevista em profundidade, prendem-se com a sua capacidade de fornecimento de informações detalhadas acerca do tema tratado e com a sua consecução num contexto descontraído que permite um maior sentimento de conforto e consequente facilidade na recolha de informação pelo investigador.

Apesar das entrevistas em profundidade serem geralmente conduzidas presencialmente, podem ser realizadas por meio telefónico, envolvendo de igual modo o entrevistador e o entrevistado (participante). Com os avanços tecnológicos, a referida entrevista adquiriu uma grande viabilidade do ponto de vista económico (Sommer & Sommer, 1997; Sturges & Hanrahan, 2004), apresentando inúmeras vantagens (Glogowska, Young & Lockyer, 2011). Atendendo às características deste estudo, as suas principais vantagens prendem-se com o facto de este método permitir uma redução dos custos implicados nas deslocações necessárias das participantes, facilitar a gestão de tempo dos próprios participantes e por fim, permitir um ambiente de maior conforto e privacidade, atendendo à sensibilidade inerente a esta temática.

Desta forma, existe um conjunto de fatores, que segundo o mesmo autor deverão no âmbito do processo das entrevistas telefónicas, ser tidos em conta. Em primeiro lugar, a entrevista deverá ser devidamente planeada de forma a que a sua condução não apresente falhas, sublinhando o autor que aspetos como a apresentação do entrevistador, o estabelecimento do consentimento informado, o pedido de autorização da gravação da entrevista e a explicação de que os dados serão futuramente analisados, deverão ser tidos em conta no primeiro contacto telefónico. O segundo aspeto prende-se com o estabelecimento de uma relação com o entrevistado, pelo que o mesmo autor refere que as primeiras impressões causadas em quem está a ser entrevistado são suscetíveis de ditar ou não o sucesso da entrevista. Posto isto, tendo em conta que o uso da comunicação não-verbal é impossibilitado por esta técnica, estes autores referem que a capacidade de responder imediatamente a eventuais questões dos inquiridos é um fator importante na manutenção da conversa. Por último, mas ainda neste contexto do estabelecimento do relacionamento, o mesmo autor concluiu, fruto do seu estudo, que fatores como o igual género do entrevistador e entrevistado, a idade aproximada, e o sotaque neutro, poderão contribuir para que a conversa telefónica seja percebida enquanto menos ameaçadora e conseqüentemente, permita um maior envolvimento pelos entrevistados. Um outro fator importante é o tempo de duração da entrevista, pelo que o autor enfatiza que deverá ser mais curto do requerido para as entrevistas presenciais. Assim, os autores consideram que o tempo ideal seria correspondente a 20 minutos, pelo que dependendo da vontade e disponibilidade dos inquiridos, o tempo poderá ser ultrapassado.

### **1.3 Procedimentos**

#### **1.3.1 Procedimentos de recolha de dados**

Atendendo à especificidade do presente estudo, a retoma do contacto com as participantes foi realizada por via telefónica. Num primeiro contacto, procedeu-se à lembrança da temática, da recordação da aceitação prévia para a participação no estudo e para contactos posteriores, realizada aquando do primeiro contacto (Fase I), através de um documento formalizado de consentimento informado. Recordaram-se ainda os objetivos do projeto bem como o carácter longitudinal dos dados. Neste sentido, a obtenção do consentimento informado, constituiu-se de enorme relevância segundo Ribeiro (2002), não só pela exigência atual de obtenção da declaração que concede o consentimento informado previamente à administração de qualquer procedimento de recolha de dados como também pela garantia dos direitos de liberdade e pessoais de cada pessoa, garantindo ainda o desenvolvimento do projeto em si. Foi assim solicitada a realização da entrevista telefónica e sua gravação, tendo sido transmitida a todas as participantes a possibilidade de agendamento da data e hora que considerassem mais adequadas. Por último, é de salientar que de acordo com a vontade da cada participante, algumas das entrevistas realizaram-se no momento do primeiro contacto telefónico, sendo que noutras, este contacto serviu para agendar a data em que se realizou a entrevista.

### 1.3.2 Procedimentos de análise de dados

A análise do conteúdo das entrevistas traduz-se segundo Moraes (1999) numa metodologia de pesquisa teórica e prática com características próprias e cujo objetivo é descrever e interpretar conteúdos de documentos diversos. De acordo com este autor, tal descrição e interpretação permite a realização de descrições sistemáticas, nomeadamente qualitativas e auxilia a compreensão dos seus significados.

Assim, no que concerne ao tratamento de dados da presente dissertação, isto é, ao tipo de análises realizadas e ao correspondente programa informático utilizado, procedeu-se à gravação sonora das entrevistas, posterior transcrição e consequente análise dos seus conteúdos, com recurso ao software de análise qualitativa NVivo 9. Tal como referido por Mack, Woodsong, MacQueen, Guest e Namey (2005) os dados das entrevistas consistem nas gravações efetuadas e nas seguintes transcrições datilografadas.

O conceito de análise do conteúdo define-se pelo conjunto de procedimentos metodológicos que podem ser utilizados com o intuito de tratar e analisar os conteúdos de um determinado conjunto de dados (Bardin, 1977, cit. in Ramos & Salvi, 2009). De acordo com a mesma fonte, são três as fases constituintes do processo de análise de conteúdo. Na primeira fase, isto é, da Pré-Análise deverá ser salientada a leitura flutuante, que diz respeito à apropriação inicial dos dados pelo investigador. Seguidamente, os autores indicam a segunda fase relativa à exploração do material, que consiste especificamente, em procedimentos de codificação e enumeração. De acordo com Moraes (1999) esta etapa engloba também a categorização, isto é, ao agrupamento dos dados atendendo aos aspetos comuns existentes entre os mesmos. A última fase consiste no tratamento e interpretação dos resultados obtidos e na sua ligação ao enquadramento teórico que sustenta o estudo em questão, ou seja, da compreensão aprofundada do conteúdo dos dados.

A presente dissertação enquadra todos os passos descritos, cuja realização foi sendo ao longo do processo, discutida com outros dois elementos da equipa de investigação. Este aspeto teve o objetivo de garantir a qualidade científica deste estudo.

Seguidamente irá proceder-se à explicitação dos resultados obtidos.

## 2. RESULTADOS

A análise dos dados que se segue realizar-se-á de acordo com os padrões de confidencialidade definidos para o presente estudo. Como tal, com o intuito de clarificar a referida análise deverão ser tidos em conta alguns aspetos. Atribuiu-se a letra “P” a cada uma das participantes, seguida do número correspondente da entrevista.

Após o procedimento da análise de dados, resultaram 6 categorias principais, designadamente, Saúde Mental e Física, Planeamento Familiar e Contraceção, Suporte Social, Relações íntimas, Processo de IVG e Posicionamento face à IVG. Face a tal, irá apresentar-se de seguida a descrição das



categorias analisadas. Com o objetivo de facilitar a sua leitura, procedeu-se à sua discriminação visual. Neste sentido, as categorias apresentar-se-ão da seguinte forma: as categorias de 1ª geração aparecerão sublinhadas, as de 2ª geração aparecerão em *itálico* e finalmente, as de última geração ilustrar-se-ão em **negrito**. Em situações pontuais, podem verificar-se categorias com outros tipos de letra, dependendo da geração a que pertencem. Com o objetivo de clarificar esta estruturação e os parâmetros caracterizadores de cada categoria e subcategoria, realizou-se uma grelha de categorias, que contempla a sua codificação, designação, descrição e exemplo, o que se encontra devidamente sistematizada no anexo III.

A categoria de 1ª geração Saúde Mental e Física é composta por três categorias de 2ª geração, nomeadamente, *Saúde Mental*, *Saúde Física* e *Acontecimentos Significativos*. No que diz respeito à categoria *Saúde Mental*, esta integra como primeira subcategoria as Reações emocionais pós-IVG. Decorrentes da mesma, estão integradas treze subcategorias que dizem respeito a **Tristeza/Angustia**, **Tomada de decisão correta**, **Sentimento de culpa**, **Peso na consciência**, **Não querer falar do assunto**, **Mágoa**, **Dificuldade em falar do assunto**, **Lembranças**, **Arrependimento**, **Pensamentos recorrentes**, **Situações exacerbatantes**, e por último, outras reações **Sem especificação**. Seguidamente, encontra-se também incluída por *Saúde Mental*, os Consumos que por sua vez se encontram agregados em três subcategorias, nomeadamente. Substâncias ilícitas, Medicação e Álcool. Relativamente à subcategoria Substâncias ilícitas, esta integra duas subcategorias de última geração, nomeadamente relativas aos consumos desta substância, **Pré-IVG** e **Pós-IVG**. Seguidamente, a subcategoria Medicação, integra três subcategorias de última geração, referentes ao consumo desta substância **Pré-IVG**, **Pós-IVG** e **Consumo por questões médicas**. Por último, a última subcategoria relativa aos Consumos, diz respeito ao Álcool e integra à semelhança das anteriores, duas subcategorias de última geração, nomeadamente, **Pré-IVG** e **Pós-IVG**.

A terceira subcategoria de *Saúde Mental*, é o Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico que integra duas subcategorias. A primeira diz respeito ao momento **temporal Pré-IVG**, que contempla uma nova subcategoria, nomeadamente, Sim. Por sua vez, esta subcategoria integra três subcategorias de última geração que se designam respetivamente por, **Tratamento Farmacológico**, as **Razões** apresentadas e **Especialidade Médica** que fez o acompanhamento. A segunda subcategoria do **Acompanhamento Psicológico Psiquiátrico** designa-se por **Pós-IVG**, que por sua vez é composta por duas subcategorias. A primeira delas diz respeito a Sim e integra três subcategorias de última geração, nomeadamente, **também Tratamento Farmacológico**, as **Razões** apresentadas e **Especialidade**. A segunda subcategoria designa-se por Não e integra a subcategoria de última geração, **Razões**.

Seguidamente, emerge a categoria de 2ª geração, Estratégias de Coping. Estas, por sua vez, integram quinze subcategorias, nomeadamente, **Comparação a abortamentos espontâneos**, **Convicções Religiosas**, **Deixar o tempo passar**, **Nova gravidez**, **Tentar não se lembrar**, **Ver o lado**

**positivo da IVG, Ser forte, Seguir em frente, Mudar de vida, Falar do assunto, Não falar do assunto, Ser prática, Direcionar a atenção para outras pessoas** e por fim, **Assumir a IVG**. Por último, encontra-se uma última subcategoria de *Saúde Mental*, que contempla a **Ausência de Impacto** na mesma.

Seguidamente, emerge uma segunda categoria de 2ª geração de *Saúde Mental e Física* que diz respeito às *Reações Físicas*, que por sua vez integram a subcategoria de última geração **Aumento de peso**.

A categoria do *Planeamento Familiar e Contraceção* integra três categorias de 2ª geração, nomeadamente, *Especialidade da consulta* que cada participante escolheu, *Maternidade* (que integra como elementos constituintes os projetos de maternidade de cada participantes, situações de gravidezes após a IVG e dificuldades sentidas em gravidezes prévias) e *Contraceção* (que integra os elementos referentes a esta dimensão). A primeira destas categorias é a *Especialidade da Consulta*. Esta é composta primeiramente por Médico de família que se subdivide em três subcategorias de última geração, designadamente, **Sim** (correspondente aos discursos das participantes que revelam que esta foi a especialidade médica a que recorreu), outra diz respeito à **Avaliação positiva da consulta** e a última, respeitante à **Avaliação negativa da consulta**. Seguidamente, emerge a subcategoria Ginecologista privado que integra as subcategorias de última geração **Sim** e **Avaliação da consulta**.

No que diz respeito a *Maternidade*, esta integra 3 subcategorias, sendo que a primeira delas, integra as referências que surgem nas entrevistas, relativas à existência ou não de Projeto de Maternidade para o futuro. Esta categoria integra as referências à existência deste projeto para o futuro (**Sim**), e referência à inexistência do mesmo (**Não**), que por sua vez é composta por duas subcategorias de última geração, **Ausência de projeto de maternidade** e ainda a referência à **Ausência de influência da IVG/Outras razões**. A terceira subcategoria diz respeito a Ambivalência identificada nas entrevistas que por sua vez integras as subcategorias de última geração, **Razões associadas à IVG** e **Ambivalência no projeto de maternidade**. A quarta subcategoria de última geração de Projeto de Maternidade designa-se por **Ausência de influência da IVG** e enquadra os relatos que ilustram que a IVG não teve qualquer influência ao nível da existência ou não de projeto de maternidade. Seguidamente, emerge a uma outra subcategoria de *Maternidade*, que se designa por Gravidez Pós-IVG, que por sua vez, integra duas subcategorias. A primeira diz respeito a **Sim**, e integra três subcategorias de última geração, nomeadamente, **Tempo decorrido até engravidar, Planeamento e desejabilidade**, e por fim, **Evolução da gravidez**. A segunda subcategoria designa-se por **Não** e integra como subcategorias de última geração **Sem gravidez** e **Ausência de influência da IVG**. Por fim, a terceira e última subcategoria de última geração de *Maternidade* diz respeito a **Dificuldades em gravidezes prévias**.

Seguidamente, no que diz respeito à terceira e última categoria de 2ª geração, *Contraceção*, esta integra 4 subcategorias. Duas destas dizem respeito à contraceção numa dimensão temporal: Pré-IVG

e Pós-IVG. Quando à categoria Pré-IVG, é composta por quatro subcategorias: a primeira é de quarta geração e diz respeito ao Tipo de contraceção, que se subdivide em três subcategorias de última geração, nomeadamente, **Preservativo, Pílula e Nenhum**. Seguidamente, emergem as subcategorias de última geração, que se designam por **Motivos de ausência de contraceção**, bem como, a apresentação da **Explicação falha do método utilizado** e ainda a descrição dos **Métodos usados em momentos passados**. A segunda subcategoria integrada diz respeito ao momento Pós-IVG que é composto por seis subcategorias. A primeira delas é uma categoria de quarta geração e integra como subcategorias de última geração informações respeitantes ao método contracetivo utilizado: o **Preservativo, Pílula e Implante**.

A categoria Pós-IVG integra ainda as categorias de última geração, referentes à **Mudança de atitude na utilização da contraceção, Mudança do método contracetivo, Motivos da escolha do método contracetivo, Circunstâncias da manutenção do contracetivo** e por fim, **Influência da IVG na decisão de contraceção**. Finalmente, encontra-se a categoria de terceira geração que diz respeito às Mudanças posteriores, que integra, por sua vez, a subcategoria de última geração, **Circunstâncias da interrupção de Contraceção**.

A categoria Suporte Social, integra três categorias de 2ª geração relativas a momentos temporais distintos, nomeadamente, *Aquando Tomada de Decisão, Aquando Realização da IVG* e por último, *Após IVG*. Relativamente à categoria *Aquando Tomada de Decisão*, esta integra cinco subcategorias de última geração, que dizem respeito à **Perceção de tomada de decisão sozinha** e à descrição do suporte fornecido por várias pessoas, nomeadamente **Companheiro, Pais, Mãe e Amiga** na tomada de decisão. Paralelamente, a categoria *Aquando Realização da IVG* que diz respeito ao suporte ou apoio fornecido durante o processo de realização da IVG, é constituída pela subcategoria de última geração **Irmã**, seguida de **Companheiro**. Esta é constituída por três subcategorias de última geração, nomeadamente referente ao **Apoio** por ele prestado ou à **Ausência de apoio** e quanto aos **Aspetos valorizados**. Seguidamente emerge a subcategoria **Amiga** que integra duas subcategorias de última geração, sendo elas, **Sim** e **Aspetos valorizados**. Em seguida, surge a subcategoria de última geração **Mãe** e por último uma categoria que integra as referências à **Ausência de partilha da experiência da IVG**.

Finalmente, a categoria de 2ª geração *Após-IVG*, referente ao apoio prestado após a realização da IVG, integra oito subcategorias. A primeira destas é a subcategoria referente ao apoio prestado pelo **Companheiro** que integra três subcategorias de última geração, nomeadamente, o tipo de **Apoio**, os relatos que ilustram a **Ausência de apoio** e **Aspetos valorizados** deste mesmo apoio. A segunda diz ainda respeito ao apoio prestado por **Familiares** e é constituída por quatro subcategorias de última geração, nomeadamente, **Mãe, Cunhado, Irmã e Pais**. A terceira subcategoria designa-se por **Profissionais de Saúde** e integra duas subcategorias. A primeira destas é relativa a **Psicólogos e Assistentes Sociais** e integra a subcategoria de última geração **Aspetos Positivos** do apoio prestado

por estes profissionais. A segunda subcategoria de Profissionais de Saúde diz respeito a Médicos e integra duas subcategorias de última geração, nomeadamente, **Aspetos positivos** e **Aspetos negativos** do apoio prestado. Seguidamente a quarta subcategoria de última geração de *Após-IVG* diz respeito ao apoio prestado por **Colegas de trabalho** e a quinta às **Reações Positivas** das pessoas já descritas, em relação à realização da IVG. Neste mesmo seguimento, a sexta subcategoria designa-se por Sem partilha da experiência de IVG e integra como subcategorias de última geração, as **Razões** e as Consequências decorrentes desta atitude. A sétima subcategoria é respeitante à Partilha tardia da experiência de IVG e constitui-se pela subcategoria de última geração, **Razões**. Finalmente, a nona e última subcategoria de última geração de *Após-IVG* diz respeito à **Ausência de Impacto da IVG nas relações**.

A categoria Relações íntimas integra seis categorias de 2ª geração, nomeadamente, *Término do Relacionamento* existente aquando da IVG, que inclui relatos ilustrativos desta ocorrência, das suas circunstâncias e ainda da influência da IVG; *Novos Relacionamentos*, respeitante às participantes que relataram o surgimento de um novo companheiro após a IVG e ainda a partilha da experiência da IVG com o mesmo; *Manutenção do relacionamento*, que enquadra os relatos que indicam que o relacionamento existente aquando da IVG, se mantém até ao momento atual; *Funcionamento Sexual*, respeitante ao surgimento ou não deste tipo de problemas a este nível após a IVG; *Problemas relacionais Prévios*, que enquadra os discursos que indicam a existência de problemas na relação, anteriores à IVG; *Características do relacionamento aquando da IVG*; e *Ausência de impacto da IVG* ao nível das relações íntimas. No que diz respeito à primeira, são quatro as subcategorias de última geração que a compõem. A primeira diz respeito aos relatos que sugerem que o término do relacionamento existente aquando da IVG, terminou (**Sim**), a segunda às suas **Circunstâncias**, a terceira à **Ausência de influência da IVG** a este nível e a quarta à presença de **Ambivalência da percepção de influência da IVG**.

A segunda categoria de 2ª geração denominada por *Novos Relacionamentos* é composta por duas subcategorias, dizendo a primeira delas respeito à existência de novos relacionamentos após a IVG (**Sim**). Esta, por sua vez integra uma subcategoria de última geração que diz respeito à **Partilha da experiência de IVG** com o novo companheiro. Paralelamente, a segunda subcategoria da categoria de 2ª geração em questão é relativa às participantes que indicaram a ausência de um novo relacionamento (**Não**), que por sua vez integra uma subcategoria de última geração intitulada de **Influência da IVG** na referida situação. Seguidamente, a terceira categoria de 2ª geração diz respeito à *Manutenção do relacionamento* já existente aquando da IVG, seguida do *Funcionamento Sexual* que integra duas subcategorias de última geração, designadamente, referentes aos discursos de **Dificuldades** e **Ausência de dificuldades** do ponto de vista sexual. Na quarta categoria de 2ª geração *Problemas relacionais prévios* integra-se a subcategoria de última geração que indica que estes problemas são **Relacionados com questões familiares**. Por último encontram-se enquanto categorias

de 2ª e última geração, as *Características do relacionamento aquando da IVG* e a *Ausência de impacto da IVG*.

A quinta categoria Processo de IVG é constituída por duas categorias de 2ª geração: *Vivência do processo de IVG* que diz respeito aos momentos nos quais se realizou a IVG e *Vivência da fase após o processo de IVG*, relativa aos momentos temporais seguintes à IVG. No que diz respeito à primeira, esta integra quatro subcategorias, sendo a primeira delas as Razões para a tomada de decisão da IVG. Esta subcategoria constitui-se por dez subcategorias de última geração, que incluem todos os discursos relativos às razões que motivaram a decisão da IVG, nomeadamente, **Relacionamento instável, Profissionais, Pessoais, Idade, Gravidez não planeada, Experiência negativa de gravidez prévia, Económicas, Ausência de projeto de maternidade, Problemas Psicológicos** e por último, **Ausência de apoio futuro**. Seguidamente, a segunda subcategoria de *Aquando da realização da IVG*, que é de última geração diz respeito às **Sensações** experienciadas no decorrer no processo de IVG. Neste seguimento, a subcategoria que se segue diz respeito às Opiniões gerais das participantes, acerca da consulta de IVG e integra sete subcategorias. A primeira subcategoria é relativa às opiniões respeitantes à Consulta de Psicologia e Serviço Social e constitui-se por duas subcategorias de última geração, nomeadamente, **Utilidade** e **Inutilidade** destas consultas. Neste seguimento, apresentam-se como restantes subcategorias, neste caso, de última geração, **Sugestões, Profissionais, Procedimento médico, Espaço físico, Dinâmica organizacional** e **Atendimento**. Por fim, a última subcategoria da ainda categoria de 1ª geração *Vivência da fase após o processo de IVG*, apresenta-se sob a forma de categoria de última geração e diz respeito à **Ausência de conhecimento prévio**.

No que diz respeito à segunda categoria de 2ª geração *Após a IVG*, esta integra três subcategorias. A primeira delas designa-se por Impacto percebido, isto é, a perceção das participantes acerca da influência da IVG nas suas próprias pessoas, e subdivide-se em duas subcategorias de última geração, nomeadamente, impacto **Pessoal** e impacto **Na vida**. A segunda e terceira subcategorias de última geração designam-se por **Ausência de impacto percebido** e **Complicações médicas** decorrentes do processo de IVG.

Na sexta categoria Posicionamento face à IVG integram-se duas categorias de 2ª geração, nomeadamente *Ausência de influência da IVG* que inclui os discursos ilustrativos da referida ausência e *Ambivalência* quando à perceção relativa à influência ou não da IVG, no posicionamento atual face à mesma. A primeira, integra três subcategorias de última geração, nomeadamente, **Sem opinião formada, Não a favor, A favor** e **Ausência de influência da IVG**. Por fim, a última categoria de 2ª e última geração simultaneamente, diz respeito a **Ambivalência** e é uma categoria de última geração.

Finalmente, face à necessidade de agregar de forma independente o material que do ponto de vista dos conteúdos analisados não se mostrou relevante, criou-se uma categoria **Material não categorizável**, cuja análise e discussão de resultados não será realizada por esse mesmo motivo.

### 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Atendendo ao cariz exploratório deste estudo e ao facto de não ter sido atingida a saturação teórica dos dados, a sua discussão realizar-se-á com base na análise dos mesmos e paralelamente, das referências bibliográficas revisadas na parte I do presente trabalho. De forma a facilitar a sua realização e compreensão procedeu-se à esquematização da análise de conteúdo (Anexo IV), onde se encontram devidamente integrados os tópicos gerais que conduziram este estudo, os objetivos específicos, questões de investigação delineadas e finalmente, as categorias que permitem responder às questões de investigação.

A discussão dos resultados que se segue, será apresentada atendendo à ordem das questões de investigação, já elencada anteriormente.

#### Qual o impacto da IVG ao nível da Saúde Mental?

Os resultados obtidos ao nível do impacto da IVG na *Saúde Mental*, encontram-se subdivididos em subtemas distintos, nomeadamente Reações emocionais pós-IVG, Ausência de impacto, Acompanhamento Psicológico Psiquiátrico e Consumos. O primeiro destes resultados diz respeito às reações psicológicas decorrentes desta experiência que no caso das participantes deste estudo se traduziram em **Tristeza/Angústia** (P1 e P6) “Logo a seguir fiquei triste” (P1), **Tomada de decisão correta** (P1 e P5) “Eu sou uma pessoa bem resolvida e tomei uma opção e já sabia que não ia ter peso na consciência nenhuma”, **Sentimento de culpa** (P2) “Eu fico muito... muito sentimentalista, muito culpa, muito sentimento de culpa. Muito grande”, **Peso na consciência** (P2) “E eu sei que não tem nada a ver com isso, com o peso na consciência... mas não... pronto, o que eu fiquei foi com peso na consciência.” (P2), **Não querer falar do assunto** (P1) “Não era uma coisa que eu quisesse falar sobre isso. Não queria.” (P1), **Mágoa** (P2) “Porque me magoa.” (P2), **Dificuldade em falar do assunto** (P4) “Havida dificuldade em falar da situação? (Investigador) Sim.” (P4), **Lembranças** (P2) “Lembro-me perfeitamente bem do dia, sei que nunca mais me vou esquecer do dia e de como foi.” (P2), **Arrependimento** (P2 e E6) “Se fosse hoje não voltava a fazer.” (P2), **Pensamentos recorrentes** (P1, P4 e P6) “Hoje em dia lembra-se desta situação, não se lembra... foi só aqui o meu telefonema... (Investigador) Lembro...” (P1) e por último, outras reações **Sem especificação**, como as relatadas por P1 “Fiquei muito em baixo”, “Lembro-me perfeitamente que custou... foi um processo que me custou”, por P5 “Porque mexe (...)” e por P6 “(...) não estava em mim”. À semelhança do que podemos observar dos exemplos das reações emocionais descritas pelas participantes deste estudo, Major, Cozzarelli, Cooper, Zubek, Richards, Wilhite e Gramzow (2000) concluíram que é comum o seu surgimento, em resultado da experiência da IVG no período de tempo compreendido entre 1 hora e 2 anos após a mesma. As reações emocionais negativas mais frequentemente experienciadas prendem-se, de acordo com os autores, com a tristeza, a decepção, a culpa, a diminuição da autoestima e o sentimento de perda, pelo que podemos observar especificamente, duas destas reações, nomeadamente

a **Tristeza/Angústia** relatada por P1 “(...) logo a seguir fiquei triste (...)” e por P6 “Senti-me triste.” e o **Sentimento de culpa** relatado por P2 “(...) muito culpa, muito sentimento de culpa.”. As reações positivas caracterizam-se, segundo a mesma fonte, pela felicidade, pelo alívio e pela satisfação, sendo que tal como podemos observar nos resultados obtidos a este nível, a reação **Tomada de decisão correta**, poderá ser vista como indo ao encontro da satisfação apontada pelos autores. Neste estudo, esta reação foi relatada por duas das participantes “Sinto que tinha que ser (...)” (P1) e “(...) tomava a mesma opção” (P5).

Neste âmbito, também o estudo levado a cabo por Stotland, Russo, Lang e Occhiogrosso (2009) atesta os resultados por nós obtidos, na medida em que indica enquanto consequências resultantes da escolha de interromper uma gravidez indesejada, a experimentação de reações tradutoras de tristeza, arrependimento e culpa. É de realçar que adicionalmente à **Tristeza/Angústia** e ao **Sentimento de culpa** referidos anteriormente, também o **Arrependimento** foi relatado por duas das participantes “Se fosse hoje não voltava a fazer.” (P2) e “Se calhar se fosse hoje, não o faria” (P6). Apesar destes resultados não serem apresentados por todas as participantes deste estudo, consideramos que devem ser realçados, na medida em que sugerem ausência de satisfação atual, isto é, passados dois anos, com a decisão da IVG. Ao contabilizar-se as reações em questão concluiu-se que as mesmas foram relatadas em 4 e 6 (respetivamente) referências, o que nos leva a concluir que para estas participantes se verificou, decorrente da experiência da IVG, uma alteração ao nível da perceção da decisão tomada. Este resultado coaduna com a conclusão de Foster, Gould, Taylor e Weitz (2012) de que apesar de se verificar na maior parte dos casos, níveis elevados de satisfação com a decisão de IVG, são também alguns os que indicam a experimentação de sentimentos ambivalentes, a posse de crenças negativas, etc.

Neste decorrer, importa ainda salientar o resultado obtido numa das referidas participantes (P2) para as *Reações Físicas*. Apesar de não terem sido encontradas evidências empíricas capazes de suportar a existência deste tipo de reações após a IVG, uma das participantes deste estudo relatou o **Aumento de peso** resultante do **Sentimento de culpa** já discutido anteriormente “Sim... foi a única alteração que eu tive e o que eu lhe estava a dizer... eu acho que agora olhando bem para trás, as alterações que eu tive a nível da alimentação foram um bocado derivadas a isso, ao sentimento de culpa... fez com que eu comesse um bocadinho mais.” (P2). Este encadeamento de associações, levamos a concluir que o surgimento de reações físicas pode associar-se, neste caso a uma reação emocional.

Face a tal, e atendendo a estes resultados, a abordagem de Soderberg, Janzon e Sjoberg (1998) ganha neste contexto alguma relevância, na medida em que enfatiza que o facto de algumas mulheres que concretizam a IVG desenvolverem alguns sintomas que do ponto de vista psicopatológico podem sugerir problemas ao nível da saúde mental, determinadas reações deverão ser consideradas normais face ao stress despoletado pelo procedimento em questão. Com isto, Major, Appelbaum, Beckam, Dutton, Russo e West (2008) conclui que embora uma gravidez indesejada e

consequente interrupção, possam colocar desafios à mulher que elabora este procedimento, não ocorre de forma inevitável a sua experiencição negativa com inerentes consequências psicopatológicas. Este aspeto remete-nos para outros resultados obtidos neste estudo e que dizem respeito à **Ausência de impacto** experienciada por cinco das participantes “(...) mas não (...)” (P2) “Foi tudo normal.” (P3), “Não.” (P4), “Não... não, não. Nada. ” (P5) e “(...) tudo passou.” (P6) e à ausência de procura de Acompanhamento Psicológico Psiquiátrico em consequência da IVG. Apesar deste resultado ser observado em apenas uma das entrevistas realizadas “Porque acho que não fiquei afetada a esse nível... felizmente, para que tivesse que recorrer por causa de... se ficasse com algum trauma, entre aspas, pelo facto de ter feito a interrupção. ” (P1), as informações retiradas dos discursos das participantes revelaram que também para as restantes, a IVG não apresentou impacto ao nível da Saúde Mental.

Estes resultados, em particular os relativos às duas participantes com indicações da existência de problemas psicológicos prévios à IVG, sugerem alguma contradição relativamente à perspetiva de Major, Cozzarelli, Cooper, Zubek, Richards, Wilhite e Gramzow (2000) de que o estado de saúde mental prévio à IVG é o mais forte preditor do desenvolvimento e/ou exacerbação de problemas a este nível, na medida em que as duas participantes em questão não indicam o seu exacerbação após a mesma, nem qualquer tipo de associação. Em contrapartida, verifica-se nos resultados obtidos para uma destas participantes relativamente às Reações emocionais pós-IVG, que o sentimento de arrependimento está presente “Se calhar se fosse hoje, não o faria.” (P6), o que vai ao encontro do resultado obtido pelos mesmos autores de que mulheres com história prévia de perturbação depressiva estão mais predispostas ao surgimento de sentimentos de arrependimento.

Ainda ao nível do impacto da IVG na *Saúde Mental*, podemos constatar que o aumento ou início do consumo de substâncias, nomeadamente, substâncias ilícitas, medicação e álcool após a IVG não ocorre para nenhuma das participantes, o que nos leva a concluir que não existe associação entre as dimensões analisadas. Este resultado parece contrariar a perspetiva de Coleman, Maxey, Spence e Nixon (2009) e de Reardon e Ney (2000) de que apesar de considerarem que o número de mulheres em que este fenómeno sucede é baixa, indicam que a história de IVG é suscetível de perturbar o normal decorrer da vida de uma mulher e com isto de desencadear o aumento para o risco de consumo de substâncias.

### **Como é que a mulher percebe e descreve a forma pela qual lidou com o processo de IVG?**

No que concerne ainda às questões centrais da *Saúde Mental*, os resultados obtidos na categoria **Estratégias de coping** sugerem que a forma como as participantes lidam com a experiência da IVG se associa à manutenção de determinados comportamentos, nomeadamente, **Comparação a abortamentos espontâneos** (P3), **Convicções Religiosas** (P2 e P5), **Deixar o tempo passar** (P4), **Não falar do assunto** (P3 e P5), **Nova gravidez** (P2), **Tentar não se lembrar** (P2 e P3), **Ver o lado**



**positivo da IVG (P3), Ser forte (P5), Seguir em frente (P5), Mudar de vida (P6), Falar no assunto (P6), Ser prática (P6), Direcionar atenção para outras pessoas (P6)** e por fim, **Assumir a IVG (P2)**. Estes resultados parecem ir de encontro aos obtidos por Richards, Cooper, Cozzarelli e Zubek (1998) de que o uso de estratégias de coping se associa ao esforço pelo ajustamento à IVG e que de uma forma generalizada se verificam comportamentos de aceitação nas mulheres que realizam IVG através do uso das referidas estratégias. Em certa medida, podemos verificar este esforço através de alguns exemplos ilustrativos das **Convicções Religiosas** relatadas por duas das participantes “Deus já me perdoou.” (P5), “(...) eu sou católica... peço muitas vezes desculpa por aquilo que fiz.” (P2), de **Ver o lado positivo da IVG** “... ver as coisas de uma forma positiva.” (P3), de **Ser forte** “Pronto... acho que fui forte.” (P5) e de **Seguir em frente** “Foi tomada, daqui para a frente é seguir em frente e mais nada.” (P5). Fazendo a ponte com as questões do impacto da IVG na *Saúde Mental* torna-se pertinente a perspetiva do mesmo autor que indica que as estratégias de coping adotadas se constituem enquanto determinantes nos resultados psicológicos após a IVG. A título de exemplo, os autores sugerem que quanto mais e melhor as mulheres enfrentam a experiência da IVG através da sua aceitação, mais positiva é a adaptação a esta experiência, nomeadamente ao nível da angústia, bem-estar e satisfação com a decisão tomada como é o caso da participante P5 que revelou sentir a **Tomada de decisão correta** “É igual e tomava a mesma opção.”.

Ainda a este nível, os resultados obtidos na categoria em questão, são suscetíveis de nos sugerir algumas dimensões relacionadas com a personalidade, nomeadamente, **Ver o lado positivo da IVG (P3), Ser forte (P5), Seguir em frente (P5) Mudar de vida (P6), Ser prática (P6), Assumir a IVG (P2), e Direcionar atenção para outras pessoas (P6)** parecem ir de encontro às conclusões de Richards, Cooper, Cozzarelli e Zubek (1998). Estes autores indicam que a forma de ajustamento à IVG se associa para além do que já foi referido, com a personalidade, sendo que personalidades consideradas enquanto mais resilientes (autoestima, controlo percebido e otimismo) aumentam a auto-eficácia da mulher para o ajustamento à IVG e consequentemente a probabilidade de se sentirem mais satisfeitas com a decisão de interromper a gravidez. Este aspeto pode ser observado em alguns dos relatos das participantes, nomeadamente, “ (...) para mim foi mais fácil (...) ver as coisas de uma forma positiva.” (P3), “Eu sou uma pessoa bem resolvida e tomei uma opção e já sabia que não ia ter peso na consciência nenhuma.” (P5) e “Acho que lidei bem, que tentei ser prática... o máximo mais possível, e acabei por lidar bem.” (P6).

### **Que implicações emergem da realização de uma IVG, relativamente ao planeamento familiar/contraceção?**

As dimensões abarcadas pelo impacto da IVG ao nível do Planeamento Familiar e Contraceção são várias, e neste estudo encontram-se divididas em algumas dimensões específicas, nomeadamente, *Especialidade da consulta, Maternidade e Contraceção*. No que diz respeito à primeira dimensão, os

resultados deste estudo ilustram que as 6 participantes recorreram, posteriormente à IVG, a uma consulta de planeamento familiar, que neste caso, se realizou em diferentes especialidades médicas, nomeadamente Médico de Família (P3, P4, P5 e P6) e Ginecologista Privado (P1 e P2). Decorrente desta consulta a dimensão **Avaliação da consulta** permitiu-nos concluir que de um modo geral, isto é, 5 das participantes, fizeram uma avaliação positiva destas consultas, quer relativas ao médico de família “ (...) foi para ter mais informação.” (P5), quer relativas ao ginecologista privado “Foi importante para mim saber que eu estava bem... que o meu organismo estava bem (...)” (P1), e relataram terem sido discutidas as questões da contraceção a utilizar posteriormente à IVG “Foi... sim (...)” (P2). É de realçar que apenas uma das participantes se demonstrou insatisfeita com esta consulta “O planeamento familiar não foi grande coisa.” (P6). Face a isto, os resultados obtidos parecem coincidir com as conclusões de Kavanaugh, Carlin e Jones (2011) de que as mulheres que realizam IVG apresentam a necessidade de um aconselhamento por profissionais de saúde em torno dos métodos contraceptivos a adotar posteriormente à IVG.

Relativamente à contraceção, mais especificamente às mudanças observadas a este nível após a IVG, os resultados deste estudo (Anexo IV) demonstraram que três das participantes alteraram a contraceção após a IVG e três mantiveram o mesmo método, sendo que destas, uma das participantes indicou que as Circunstâncias da manutenção da contraceção foram relativas ao facto de ter decidido engravidar novamente “ (...) não houve porque eu continuei com o mesmo... o mesmo método porque entretanto eu quis engravidar.” (P2). Analisando agora as diferenças entre o momento após a IVG e o momento atual, os resultados para esta dimensão indicaram que duas das participantes alteraram a contraceção escolhida, cujas razões foram de encontro a circunstâncias específicas das suas vidas “ (...) engravidei (...)” (P2) e “Estou separada.” (P1). Estes resultados parecem ser diferentes dos obtidos por Kavanaugh, Carlin e Jones (2011) de que apesar de se verificar interesse logo após a IVG em explorar a variedade de métodos contraceptivos existentes, a maioria considera como menos eficazes, o preservativo, a pílula e a prática de relações sexuais desprotegidas. É de realçar que tal como podemos observar no Anexo IV, a **Pílula** é o método contraceptivo cuja prevalência de escolha foi a mais elevada, pelo que a este nível importa referir a pertinência dos dados obtidos na categoria **Mudança de atitude na utilização da contraceção** ao demonstrar no relato de duas participantes, que o comportamento adotado poderá associar-se a uma correta utilização da contraceção, e com isto ao aumento da sua eficácia “E agora por precaução, há hora tomo sempre.” (P3) e “Mais cuidado (...)” (P4), “Mesmo para... para me lembrar ponho o alarme diário.” (P4). Em suma, os relatos das participantes ao nível específico da *Contraceção* permitem-nos concluir que foi visível em três das entrevistas, a existência de **Influência da IVG na decisão de contraceção**, pelas alterações efetuadas. Por fim, é de salientar que os resultados descritos ilustram a conclusão obtida por Kavanaugh, Carlin e Jones (2011) de que se verifica para esta população, interesse de utilização de contraceção após a IVG.

No que diz respeito à dimensão da *Maternidade*, os resultados deste estudo permitiram-nos concluir que existe projeto de maternidade futuro para duas das participantes “ (...) não sei como é o dia de amanhã mas espero ter mais um filho.” (P2) e “Ah, sim, sim!” (P6). Seguidamente, para três das participantes verificou-se que este projeto está ausente “Não, não” (P1 e P5) e “Está fora de questão” (P3) e por último denotou-se alguma ambivalência relativa a esta dimensão por P4 “Espero que sim mas acho que... não sei se vai acontecer”. É de salientar que esta dimensão foi a única a apresentar uma associação à IVG “Se calhar por receio (...) pela... na altura em que houve o aborto... que houve o aborto, não é? A pessoa fica sempre com receio... com medo.”. As razões apresentadas para a ausência de projeto de maternidade são distintas e relacionadas com questões relativas a circunstâncias de vida (por exemplo: “Pela situação profissional, pelo estado em que vivemos não é? Já ter dois filhos é difícil... três muito mais.” (P1) e “Com esta idade já não. Já tenho dois filhos... já não quero mais filhos.” (P5)) ilustram a perceção de ausência de influência da IVG na inexistência dos seus projetos de maternidade, para os três relatos constituintes desta dimensão “Não. Tem só a ver com estes elementos. Se eu fosse mais nova, se tivesse uma situação económica estável... obviamente que queria ter mais filhos.” (P1), “Não não. É mesmo... ah, tomar a aparina, não trabalhar (...) (P3)” e “Não, porque eu também não queria.” (P5).

Apesar de não terem sido encontradas evidências teóricas que sustentem os resultados obtidos para esta dimensão em particular, é-nos possível concluir através dos nossos resultados, que a maioria das participantes descreve que não existe qualquer impacto da IVG ao nível dos projetos de maternidade existentes, independentemente de se traduzirem no desejo ou não em ter filhos. Apesar de esta não ser uma leitura linear, é de salientar que o facto da participante que revelou alguma ambivalência quanto ao desejo de futuramente ter filhos relatar a existência de impacto da IVG, levamos a pensar que este procedimento pode, no seu caso, ter colocado em causa o desejo ter filhos ou provocar-lhe alguma indecisão a este nível.

### **Qual a influência do suporte social na vivência da IVG?**

Os resultados obtidos ao nível do papel do Suporte Social da vivência da IVG encontram-se distribuídos por três categorias ilustrativas dos diferentes momentos temporais em que foi recebido este apoio, nomeadamente, *Aquando tomada de decisão*, *Aquando realização da IVG* e *Após IVG*. No que diz respeito ao primeiro momento, os resultados obtidos revelam que o Suporte Social recebido aquando do momento de tomada de decisão é fornecido para todas as participantes pelo **Companheiro** e para uma participante pelos **Pais**, pela **Mãe** de forma individual e por uma **Amiga** (P6). A este nível, é de salientar que a tomada de decisão foi realizada para todas as participantes apenas em conjunto com o **Companheiro** à exceção de P6 que partilhou este momento com as pessoas acima referidas. É de referir ainda que apesar de todas considerarem o suporte fornecido pelo **Companheiro**, três participantes revelaram alguma ambivalência quanto à participação direta do mesmo na decisão de

interromper a gravidez “Tomei sozinha (...)” (P3), “Foi sozinha.” (P4) e “(...) mas a decisão foi minha” (P6). Estes resultados vão de encontro à conclusão obtida por Rivera (1998) de que a decisão de interromper uma gravidez é na maior parte dos casos tomada dentro do contexto de um relacionamento íntimo e com a participação de pessoas significativas. No entanto, podemos concluir que para a maioria das participantes, esta decisão não foi partilhada com outras pessoas, para além do Companheiro.

No que diz respeito ao Suporte Social recebido *Aquando da Realização da IVG*, os resultados revelaram que este foi prestado pelas mesmas pessoas à exceção de **Pais** de forma conjunta e do **Companheiro** para uma das participantes “ (...) ele não soube acompanhar-me como... como eu acho que devia ter sido acompanhada.” (P1). Ainda a este nível, deverá ser realçado que para o caso do apoio prestado por Companheiro e Amiga, foram relatados os seus aspetos mais valorizados. Relativamente ao Companheiro foram duas as participantes que descreveram a importância deste apoio “O apoio dele e estarmos em sintonia os dois.” (P3) e “Se calhar o estar.” (P4). No que concerne à Amiga, uma das participantes fez referência a “Foi mesmo no dia estar comigo.” (P1). Por último, uma das participantes relatou a **Ausência da partilha da experiência da IVG** “ (...) na altura não falei com a minha mãe.” (P1).

Seguidamente, o momento *Após IVG* caracterizou-se de acordo com os resultados obtidos, pelo suporte social fornecido por Familiares, nomeadamente, **Pais** (P6), **Mãe** (P2 e P6), **Irmã** (P2) e **Cunhado** (P1). Paralelamente foi relatado o apoio do Companheiro (P2, P3 e P5), os **Aspetos Valorizados** (P2) e a ausência deste apoio “(...) ele não soube acompanhar-me como... como eu acho que devia ter sido acompanhada” (P1) e “A partir daí ele não me acompanhou mais.” (P6). É de salientar que contrariamente ao que verificou no momento da realização da IVG, a importância do Suporte Social prestado por Companheiro foi relatado por apenas uma participante (P2), pelo que o apoio prestado por esta pessoa viu o seu número diminuir para três participantes, comparativamente com o que se verificou no momento da realização da IVG. Posto isto verificou-se após uma análise detalhada dos dados relativos ao *Término do relacionamento* que duas das participantes (P4 e P6) que relataram a ausência de apoio após a IVG, descreveram também que a relação terminou posteriormente à mesma. Este aspeto leva-nos a concluir a possibilidade de existência de associação entre estas dimensões.

Seguidamente, foi ainda indicado o apoio prestado por **Colegas de trabalho** (P6) e por Profissionais de Saúde, nomeadamente Psicólogos e Assistentes Sociais (P1, P2, P4 e P5) e por Médicos (P4 e P6). Ao nível destes profissionais foram ainda apontados **aspetos negativos** do Suporte Social prestado (P1 e P2) e referentes unicamente à preferência relativa a equipas médicas. Por último, importa referir que foram três as participantes que relataram a ausência da partilha da Experiência da IVG com outras pessoas, para além do **Companheiro** “Não. Eu não quis dizer a ninguém.” (P1), “Só nós dois é que sabemos.” (P3), “ (...) porque é algo que... que era um assunto meu.” (P4) e “Nunca falei a ninguém.” (P5) e duas as que relataram que a partilha da IVG foi realizada mais tardiamente

“Só disse agora mais tarde depois da separação.” (P1) e “Só passado um ano (...)” (P2). Face a tal duas das quatro participantes relataram que as reações por parte das relações interpessoais foram positivas “Reagiram bem (...)” (P1 e P6) e que os **Aspetos Valorizados** do Suporte Social prestado se prenderam com “Foi mesmo no dia estar comigo.” (P1) e “O apoio dele e estarmos em sintonia os dois” (P3).

Assim, podemos concluir que os resultados que ilustram a partilha da experiência da IVG parecem corroborar os apresentados por Richards, Cooper, Cozzarelli e Zubek (1998) de que lidar com a IVG através da procura de suporte se associa a baixos níveis de stress psicológico posterior à mesma. Os mesmos autores, indicam, tal como podemos observar nos **Aspetos Valorizados** para os diferentes momentos temporais descritos, que a procura de apoio social dá resposta à necessidade da mulher, de que o seu companheiro ou outra pessoa próxima, lhe preste apoio emocional e instrumental. Apesar de termos verificado nos resultados apresentados, poucas evidências que demonstrem que o apoio de terceiros, apresenta, tal como é descrito por Major, Appelbaum, Beckam, Dutton, Russo e West (2008), um impacto positivo na experiência psicológica da mulher face à IVG, podemos concluir face ao mesmo que o Suporte Social recebido foi de um modo geral, percecionado enquanto importante. Em contrapartida, é de salientar o facto de quatro das participantes ter relatado a ausência de partilha da experiência da IVG com outras pessoas para além da IVG. Apesar de não terem sido encontradas evidências empíricas capazes de sustentar este resultado, conclui-se que para uma parte das participantes, o suporte social fornecido, foi restrito ao companheiro.

### **Qual o impacto da IVG nas relações interpessoais?**

Através da dimensão Suporte Social, nomeadamente o que integra o momento temporal posterior à IVG, foi-nos possível analisar algumas das questões que incluem o impacto da IVG nas relações interpessoais. Neste sentido, tal como já foi referido anteriormente, torna-se relevante o número de discursos relativos aos aspetos que do ponto de vista das participantes, foram mais valorizados do apoio recebido, e portanto, ilustrativos da importância atribuída às relações interpessoais na IVG. As relações que ilustram este mesmo apoio foram as estabelecidas com os Profissionais de Saúde, Familiares, nomeadamente, **Irmã, Cunhado, Mãe e Pais**, com o Companheiro e com **Colegas de trabalho** e como já foi referido, foram sendo acompanhadas de aspetos que de acordo com o discurso das participantes, ilustram a sua importância, nomeadamente, “Principalmente por parte dos psicólogos acho que é uma disponibilidade total e absoluta” (P1) e “Eu acho que foram importantes.” (P5). Paralelamente, apesar de se ter verificado que três das participantes relatado que a experiência de IVG não foi partilhada com ninguém “Nunca disse nada. ” (P3) e duas o terem feito apenas mais tarde “Só disse agora mais tarde depois da separação.” (P1), foi possível observar-se no discurso de duas das participantes que as reações há notícia da IVG, por parte das pessoas com quem partilharam esta experiência, foram positivas “Reagiram bem.” (P6). Estes resultados parecem ir de

encontro à perspectiva de Major, Appelbaum, Beckam, Dutton, Russo e West (2008) de que o contexto social no qual, a IVG, neste caso, se insere, apresenta um impacto significativo na experiência psicológica face à mesma, verifica-se, complementarmente, uma estreita associação entre a positiva adaptação à IVG e o suporte recebido por pessoas significativas, como são exemplos, o parceiro, pais e (e.g. Moseley, Follingstad, Harley & Heckel, 1981; Broen, Moum, Bodtker & Ekeberg, 2005).

Desta forma, generalizando também o impacto da IVG ao nível das relações íntimas para as relações interpessoais, concluiu-se através dos resultados obtidos que a totalidade das participantes relatou a **Ausência de impacto da IVG nas relações interpessoais** “Não.” (P1, P3, P4 e P5), “Não mudei muito com as outras pessoas (...)” (P2) e “Não mudou as minhas relações interpessoais, acho que não.” (P6). Este resultado parece ir de encontro à conclusão obtida por Bradshaw e Slade (2003) de que após a realização da IVG não se verificam alterações nas relações estabelecidas, em particular, a relações com o companheiro.

### **Qual o impacto da IVG nas relações íntimas?**

O impacto da IVG nas Relações Íntimas encontra-se ilustrado neste estudo através de algumas dimensões, sendo a primeira destas o *Término do Relacionamento*. A este nível, os resultados obtidos revelam que num total de seis participantes, apenas duas mantêm na atualidade o relacionamento existente aquando da realização da IVG. Por conseguinte, quatro das participantes (P1, P4, P5 e P6) relatou que o relacionamento existente aquando da IVG terminou após a sua realização “Ah... Estou separada.” (P1). No entanto a associação entre a IVG e esta dimensão não foi referida por nenhuma delas, tal como é observável na categoria **Ausência de influência da IVG**, “Não.” (P1). Em contrapartida, são duas as participantes que relatam alguma **Ambivalência da percepção da influência da IVG** “Acho que não (...) era mais um ponto que para mim podia afastar dele, não é?” (P1) e “Não só mas também.” (P6). Neste sentido, os resultados indicam que o término do relacionamento após a IVG para quatro das participantes parece ir de encontro aos resultados obtidos no estudo realizado por Coleman, Rue e Coyle (2009) de que existe uma associação entre história de IVG e determinados indicadores de funcionamento adverso da relação, de entre as quais, o término do relacionamento. No entanto, apesar de se verificar para todas estas participantes relatos ilustrativos de **Ausência de influência da IVG**, são algumas as indicações da coerência da perspectiva dos autores, de que esta experiência possa ter exacerbado alguns mecanismos de disfuncionamento da relação, tal como os indicados pelos autores em questão (conflito verbal, percepção de mudanças na qualidade de vida, etc.). São exemplos, “ (...) via que não era a pessoa que eu gostava que fosse e que não estava a dar provas... do apoio que eu precisava em todos os sentidos e em todos os níveis (...)” (P1) e “Foi tudo junto... foi um acumular de coisas... e isso também contribuiu, claro.” (P6).

Uma outra dimensão das Relações Íntimas analisada foi o *Funcionamento Sexual*. De acordo com os resultados obtidos a este nível, foram duas as participantes a relatar **Dificuldades** a este nível,

decorrentes da IVG (P1 e P6), sendo que as restantes relataram **Ausência de dificuldades**. As **Dificuldades** relatadas prenderam-se com “Sim, interferiu. Eu tinha medo de engravidar outra vez... tinha muito medo.” (P1) e “Penso que sim... que alguma coisa mudou (...) Talvez da libido” (P6). Estes resultados parecem assemelhar-se aos obtidos por Rue e Coyle (2009) de que coexiste, decorrente da IVG, a probabilidade de surgimento de disfunção sexual, caracterizada, entre outras questões, pela incapacidade para atingir o orgasmo ou a diminuição do interesse sexual. Também Bianchi-Demicheli e Ortigue (2007) confirmam esta perspetiva ao indicarem a possibilidade de surgimento de disfunções sexuais após a IVG, nomeadamente, a Perturbação do Desejo Sexual, Perturbação do Orgasmo e diminuição do desejo sexual. Estes autores referem ainda que pode verificar-se ao longo do tempo uma diminuição das dificuldades sexuais. Em contrapartida, este aspeto parece ser contrariado pelos resultados do presente estudo, que revelam que as referidas **Dificuldades** se mantêm até à atualidade “Ainda durou algum tempo (...) depois acho que sempre fiquei com receio.” (P1) e “É. Um bocadinho.” (P6). Estes resultados vão antes ao encontro das conclusões obtidas por Bradshaw e Slade (2003) de que a prevalência do surgimento de problemas do funcionamento sexual é baixa (10 a 20%) e decorrem durante o período de tempo compreendido entre o primeiro ano e 3 anos após a IVG.

Por fim, a última dimensão analisada prende-se com o surgimento, após a IVG, de Novos relacionamentos. Os resultados obtidos para esta dimensão indicam que das quatro participantes, cujo Término do relacionamento ocorreu, duas iniciaram um novo relacionamento, com quem partilharam a experiência de IVG “Sim, tem.” (P4) e “Sabe. Eu contei-lhe... fiz questão de lhe contar, não por me sentir obrigada a fazê-lo mas não sei se mais tarde iria saber por alguma razão ou não e assim ele já fica... já fica a saber.” (P6). Seguidamente, é de salientar que uma das duas participantes que não iniciou um novo relacionamento até ao momento atual, considera existir uma associação deste aspeto com a IVG “Se calhar mexeu um bocadinho comigo e eu só sei que depois de terminar nunca mais tive vontade de me envolver com ninguém.” (P5). Este último resultado parece não ir de encontro à conclusão de Coleman, Rue e Coyle (2009) de que existe uma associação entre a IVG e alguns conflitos no estabelecimento de uma nova relação. Apesar de os autores caracterizarem estes conflitos ao nível do conflito verbal relativo a consumo de substâncias e ciúmes, não verificamos para o resultado obtido neste estudo, discursos capazes de nos conduzirem a esta perspetiva. Conclui-se por fim, para esta dimensão, que de um modo geral, não se verifica para três das participantes, impacto da IVG ao nível das Relações Íntimas (P1, P2 e P3), o que é evidenciado por Bradshaw e Slade (2003) através das duas indicações de que a maioria das mulheres que realizam IVG não revelam mudanças ao nível do relacionamento em geral.

## Como é que a mulher descreve a vivência do processo de IVG?

Os resultados que nos sugerem uma caracterização do Processo de IVG até ao momento atual estão ilustrados em dois momentos distintos, nomeadamente, *Vivência do processo de IVG* e *Vivência da fase após o processo de IVG*. No que diz respeito ao primeiro momento, as Razões para a tomada de decisão relatadas prenderam-se com **Relacionamento instável** (P5 e P6) “ (...) eu não sabia se ia ficar com ele, era uma relação muito recente.” (P5), questões **Profissionais** (P1 e P2) “ (...) eu tinha acabado o estágio à pouco tempo, era advogada titular mesmo (...)” (P2), **Problemas Psicológicos** (P6) “ (...) não me sentia preparada, nem física nem psicologicamente.” (P1), **Pressão do companheiro** (P6) “ (...) mas eu optei por fazer... de forma a nunca mais ter contacto com a pessoa, porque a partir do momento... ele insistiu.” (P6), questões **Pessoais** (P1, P2, P4 e P6) “ (...) não me sentia preparada, nem física nem psicologicamente.” (P1), **Idade**, (P3) “ (...) devido à idade (...)” (P3), **Gravidez não planeada** (P4) “Ainda por cima porque a situação aconteceu e foi uma situação que nem sequer estava planeada, por isso é que é mais... pronto.” (P4), **Experiência negativa de gravidez prévia** (P3) “Não queria estar... é como eu lhe disse... não queria estar a sofrer novamente.” (P3), questões **Económicas** (P1 e P2) “ (...) o país como está em crise com estes problemas todos... ter mais uma criança... eu tinha muito medo de não poder dar aquilo que a criança precisava.” (P1), **Ausência de projeto de maternidade** (P5) “E o facto de eu não querer mais filhos.” (P5) e por último, **Ausência de apoio futuro** (P6) “E isso ia-me... eu já sabia na altura que ia ser mãe solteira e que não ia ter apoio nenhum e então optei por fazer o que fiz.” (P6). Paralelamente a estas questões foram descritas por quatro das participantes, algumas **Sensações** experienciadas quer neste momento, quer no momento que enquadra o Processo de IVG propriamente dito, nomeadamente, “ (...) eu até fiquei com receio que...até disse, isto pode correr mal, posso... posso morrer, pode-me acontecer alguma coisa de mal (...)” (P1), “ (...) soube que estava grávida e a minha ideia foi logo... não quero.” (P5) e “ (...) corri muitos riscos estando em casa.” (P2) e “Foi uma loucura... foi tudo tão rápido.” (P6). Neste sentido, os resultados obtidos, referentes às razões que motivaram a decisão da IVG enquadram-se na perspetiva de Sereno, Leal e Maroco (2012) de que o processo de tomada de decisão da IVG é moldado pelo vasto conjunto de variáveis pessoais, relacionais e sociais. Estas por sua vez, são suscetíveis, de acordo com os mesmos autores, de facilitar ou dificultar este processo e consequentemente, de refletir-se nas respostas emocionais resultantes da experiência de interromper a gravidez. Podemos com isto concluir em relação aos resultados obtidos, que tal com refere Coleman, Coyle, Shuping e Rue (2008), a experiência da IVG pelas participantes deste estudo, insere-se num contexto multifacetado. Os resultados apresentados a este nível foram ao encontro dos motivos que de acordo com Broen, Moum, Bodtker e Ekeberg (2005) são os mais frequentemente relatados. Devemos portanto destacar, a situação de emprego, a situação económica, a ausência de desejabilidade para ter um bebé, ter filhos em número suficiente para o momento atual, e a pressão sentida pelo parceiro masculino para proceder à IVG.



Ainda no que diz respeito à *Vivência do processo de IVG* no momento da sua realização, foram recolhidos dados relativos a Opiniões acerca da consulta de IVG. A este nível é de ressaltar que de um modo geral foram relatadas opiniões positivas relativamente aos **Profissionais** (P6 e P3), ao **atendimento** (P3 e P4), e à **Utilidade** das **Consultas de Psicologia e Serviço Social** (P2 e P3). Contrariamente, apesar de em número menor, foram também relatados alguns aspetos negativos, nomeadamente no que respeita ao **Procedimento médico** “Porque a interrupção pode ser feita medicamentosa e cirúrgica (...) e no São João não dão essa oportunidade.” (P2) e “O serviço no hospital não ficou bem feito.” (P6) e à percepção de **Inutilidade** da consulta de Psicologia em particular “ (...) se calhar se fosse mais nova, não é? Já ajudar e tudo mas como eu já tinha as minhas decisões vincadas não...não... não alterou em nada.” (P3). Por fim, foram ainda relatadas algumas **Sugestões** ilustrativas, do ponto de vista das participantes, de um melhor funcionamento das consultas de IVG “ (...) não distinguir se calhar em termos das senhas e... ou internamente saberem (...)” (P1) e “Eu acho que por exemplo, na altura de ir à psicóloga, na altura (...) Acho que, pronto, deve... só entrar, eu acho que é importante entrar a mãe, porque muitas vezes o homem inicia (...)” (P6). Deste modo, apesar de não estarem presentes evidências teóricas que sustentem este resultado, pode concluir-se que existiram alguns aspetos pontuais, que do ponto de vista de algumas participantes tornaram a vivência do Processo de IVG menos positiva.

No que diz respeito à *Vivência da fase após o processo de IVG*, os resultados deste estudo indicam que quatro das participantes denotaram que a mesma apresentou um impacto a nível Pessoal sendo que para as restantes (P1 e P4) se verificou **Ausência de impacto percebido**. No entanto, o Impacto pessoal percebido acabou por ser indicado por todas as participantes, o que nos leva a concluir que a IVG apresentou um impacto significativo em várias dimensões, nomeadamente, na **Mudança na forma como se sente** em três das participantes (P1, P2 e P4) (“Nos sentimentos por exemplo. Eu fico muito... muito sentimentalista.” (P2)), numa **Maior tolerância** em duas das participantes (P2 e P6) (“ (...) estou um bocadinho mais tolerante se calhar.” (P2)), numa **Maior sensibilidade** para uma participante (P4) (“ (...) fiquei um bocadinho mais sensível se calhar no primeiro e segundo mês... mas a vida continua.” (P4)), numa **Maior responsabilidade** para duas das participantes (P5 e P6) (“Agora vejo essa questão ainda com mais responsabilidade.” (P6)) e por fim, ao nível do **Crescimento** pessoal para uma participante (P6) (“Eu acho que foi ao nível do tempo, do passar dos anos não é? E que de facto, amadureci, fiquei mais velha e agora vejo todas essas situações com outros olhos.” (EP)).

Face a estes resultados podemos concluir que a maioria das participantes considera que a IVG teve um impacto na forma como atualmente se sente e vê a vida, com destaque para a dimensão da **Mudança na forma como se sente**, indicada por três das participantes. Este resultado parece coincidir com a perspetiva de Avalos (1999) de que estando a interpretação retrospectiva da experiência da IVG, sujeita a diversas variações, nomeadamente associadas à passagem do tempo, como é o exemplo do crescimento pessoal, pode ocorrer para esta população o surgimento de diferentes

percepções, reflexões e posicionamentos. Também Miller, Pasta e Dean (1998) e Noya e Leal (1998) sustentam os resultados em questão ao indicarem que a IVG é suscetível de se refletir não só nas experiências de vida, como também nas características individuais de cada pessoa.

### **Qual a influência da realização de uma IVG no posicionamento da mulher acerca da sua prática?**

A última dimensão analisada diz respeito ao Posicionamento face à IVG, cujos resultados se encontram agrupados na categoria *Ausência de alteração*. A este nível, foram obtidos como resultados o facto de todas as participantes não terem alterado o seu posicionamento inicial face à IVG após a sua realização. Neste seguimento, foram três os posicionamentos relatados, nomeadamente, **Sem opinião formada** “E... não tenho assim mais opinião formada sobre.” (P4), **Não a favor** “Não... sempre fui contra o aborto.” (P1) e “(...) e hoje em dia não concordo na mesma porque acho que é muito doloroso para a mulher e acho que a mulher deve procurar ajuda (...)” (P2) e por último, **A favor** “Acho que... acho que é bom até porque para vir uma criança ao mundo é necessário... ah... estar bem a mãe, o pai, seja quem foi, não é? Acho que tem que haver... não é só por vir que... acho que essa ideia é boa.” (P3), “Não... eu sempre achei que... que legalizarem o aborto ia ser melhor do que cá ficar, não é? Não ter condições e não haver nada a evitar isso... ao menos é controlado com especialistas.” (P5) e “Ah... agora em relação ao tema aborto, acho que não deveria ser banalizado. Acho que não deveria ser como um método contraceutivo... acho que as pessoas têm muitos contraceutivos hoje em dia. Mas acho que cabe a cada pessoa e seus familiares escolher o que é melhor para si... tendo em conta a conjuntura económica neste momento.” (P6). Por último, é de ressaltar que uma das participantes (P1) revelou alguma ambivalência no posicionamento atual face à IVG “Não. É assim, eu não sou a favor das interrupções (...) mas para as jovens que se vê hoje em dia com... com bebés pequenos... que acho que entre aspas estragam a vida delas.” (P1).

Apesar de não terem sido encontradas evidências capazes de nos permitir concluir de uma forma mais válida os resultados obtidos para esta dimensão, podemos referir que para as participantes deste estudo a IVG não apresentou impacto ao nível do posicionamento já existente previamente à sua realização. Todas as participantes indicaram como evidente, a manutenção do posicionamento face à IVG “Sempre pensei da mesma maneira e continuo a pensar da mesma maneira.” (P3).

## Conclusão

---

Face à análise e discussão de resultados realizada anteriormente, e atendendo aos objetivos definidos para esta investigação, são algumas as conclusões que deverão ser salientadas.

No âmbito do impacto percebido da experiência da IVG ao nível da saúde mental é de salientar o facto de terem sido descritas variadas reações emocionais por todas as participantes após este procedimento, que apesar de negativas, deverão ser enquadradas dentro de um quadro normativo (e.g. Reardon & Ney, 2000). Neste sentido e retomando os resultados obtidos para esta dimensão, são vários os indicadores que nos conduzem à conclusão de que atualmente – dois anos depois – não se verifica nos discursos das participantes deste estudo impacto profundo ao nível dos aspetos que consideramos integrados na Saúde Mental (nomeadamente psicopatologia e recurso a acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e/ou medicação, consumo de substâncias), não indo de encontro às conclusões de Coleman (2011) de que a IVG se associa a um risco de desenvolvimento de quadros psicopatológicos de intensidade considerável. Por último, é de salientar que sentimentos de culpa e arrependimento sugerem, por um lado alguma incerteza ou ambivalência quanto à decisão tomada, e por outro a associação ao desenvolvimento de reações físicas, que no caso dos resultados obtidos de uma das participantes, se traduziu no aumento de peso. Este resultado, faz-nos pensar que existe um encadeamento entre estas dimensões.

Foi possível concluir-se que, existiu nestas participantes, impacto da IVG ao nível do planeamento familiar e contraceção. É de salientar nestes resultados, que o facto de se ter verificado interesse por todas as participantes em realizar um aconselhamento médico ao nível da contraceção, e depois disso, concluírem-no como importante e significativo para escolhas contraceptivas adequadas e cuidadas é tradutor de um impacto da IVG nestas dimensões. Conclui-se assim que a IVG é suscetível de desencadear após a sua realização o sentimento de necessidade de aconselhamento médico relativo à contraceção e de interesse imediato da sua realização, como alguns autores têm vindo a descrever (e.g. Kavanaugh, Carlin & Jones, 2011). A segunda conclusão retirada ao nível ainda do planeamento familiar prende-se com o facto de neste estudo se verificar de um modo geral, ausência de impacto da IVG no desejo futuro em ter filhos. Apesar disto, verificou-se que este procedimento pode exercer impacto a este nível, através da ambivalência deste desejo.

No que diz respeito às relações íntimas, apesar de termos verificado o término do relacionamento para quatro das participantes, não existiram evidências nos seus relatos de associação à IVG. No entanto, a existência de alguma ambivalência por duas das participantes em relação a esta associação faz-nos pensar que a IVG é suscetível de exacerbar alguns mecanismos de disfuncionamento da relação já existente (Coleman, Rue e Coyle, 2009). Por fim, foi possível verificar dificuldades ao nível do funcionamento sexual em duas das participantes, relativas ao receio de uma nova gravidez e à diminuição da libido. Apesar destes resultados não nos permitirem concluir a associação à IVG pelo facto de à semelhança de nos estudos revistos (e.g. Bradshaw & Slade, 2003), o

número que ilustra o disfuncionamento sexual ser baixo, não deverão ser relativizados. No que diz respeito às relações interpessoais, também não foi descrito impacto da IVG no modo como se organizam na vida da mulher. Os dados revelam ainda a importância atribuída às relações interpessoais na vivência do processo e posteriormente.

A descrição da vivência do processo da IVG permitiu-nos concluir numa primeira instância que a decisão de interromper a gravidez foi moldada por um vasto conjunto de motivações, relacionadas, tal como é descrito por Sereno, Leal e Maroco (2012) com variáveis pessoais, relacionais e sociais. A vivência do processo de IVG é descrita pela maioria das participantes, pela passagem pelos procedimentos médicos inerentes à IVG, que de uma forma geral foram avaliados positivamente à exceção de aspetos pontuais. A visão dois anos depois desta experiência, relatada pelas participantes, permitiu-nos concluir que são várias as áreas, especificamente, pessoais, onde se verifica um impacto percebido. Neste sentido, é possível concluirmos que a passagem do tempo após a IVG e a interpretação pessoal que ao longo do mesmo vai sendo realizada, tem para as participantes deste estudo, um impacto na forma como atualmente se sentem, se comportam e vêem a vida, o que é referido na literatura (Avalos, 1999; Miller, Pasta & Dean, 1998; Noya & Leal, 1998).

O suporte social prestado durante todo o processo de IVG apresenta, de acordo com os resultados deste estudo, algumas diferenças alusivas ao momento temporal em que ocorre. Assim, concluímos que aquando do momento de tomada de decisão da IVG, a maioria das participantes tomou esta decisão apenas com o companheiro. No entanto, nos momentos seguintes, isto é, o momento da IVG e após a mesma, o suporte social prestado por terceiros foi valorizado e entendido enquanto importante, o que nos permite sugerir que para as participantes deste estudo, a procura de suporte pelos outros após a IVG resulta da hipotética necessidade sentida de apoio emocional e instrumental decorrente do procedimento em questão (Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubek, 1998). Apesar disto, metade das participantes revelou que esta experiência não foi partilhada com outras pessoas, o que nos leva a concluir que neste caso, as conclusões obtidas dizem respeito de forma abrangente, ao companheiro.

A forma como a mulher percebe e descreve o modo como lidou com a IVG caracterizou-se para as participantes deste estudo pela utilização de múltiplas estratégias de coping, que se manifestaram positivamente nos resultados psicológicos da mesma. Assim, podemos concluir que o uso predominante de estratégias sugestivas de diversos comportamentos como a aceitação e positivismo, de traços próprios de personalidade, como o ser prática e o ver o lado positivo da IVG, se associou a um ajustamento positivo à IVG (Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubek, 1998).

Por fim, a última conclusão que esta investigação nos permitiu realizar prende-se com o facto de se ter verificado que nas participantes deste estudo, a IVG não alterou a forma como se posicionavam em relação à mesma, previamente à sua realização.

Por fim e de um modo geral, foi-nos possível perceber através deste estudo, que a experiência psicológica da IVG não se caracteriza somente pelo significado que a mulher atribui, mas também,

pelas circunstâncias e contextos nos quais se insere, nomeadamente, pessoais, sociais, económicos, entre outros (Avalos, 1999; Major Appelbaum, Becjam, Dutton, Russo & West, 2008). Neste sentido, verificamos que as consequências psicológicas da IVG ao nível dos aspetos que lhe estão mais intimamente ligados, como as problemáticas por nós estudadas, são de facto complexas e experienciadas de forma muito distinta para cada mulher (e.g. Bradshaw & Slade, 2003; Miller, Pasta & Dean, 1998). Este aspeto remete-nos facilmente para a assunção de que a IVG é suscetível de possibilitar uma grande diversidade de respostas e de refletir-se em vários aspetos de vida, nomeadamente, nas características individuais da pessoa, tal como foi possível observar neste estudo (e.g. Noya & Leal, 1998).

De forma a concluir este trabalho imporá referir que foram algumas as limitações verificadas, nomeadamente o número reduzido de participantes, o que não nos permitiu atingir a saturação teórica. Adicionalmente, a experiência com entrevistas telefónicas apresentou algumas dificuldades que também se traduzem em limitações ao estudo, nomeadamente, o ruído existente e a ausência de disponibilidade frequente de algumas das participantes que vinham desde a fase inicial deste projeto, a colaborar no mesmo.

Finalmente, sendo este um estudo exploratório, consideramos que a diversidade dos dados obtidos abre caminho e sustenta a necessidade de que seja dada continuidade a investigações sérias nesta área.

## Referências Bibliográficas

- Abad, D., M. (2002). Algunos aspetos histórico-sociales del aborto. *Rev Cubana Obst Ginecol*, 28(2), 128-133.
- Administração Regional de Saúde do Norte (2011). *Planeamento Familiar e Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) Estratégias/Sugestões para uma boa prática*. Porto: Ministério da Saúde.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Anstey, K., J., & Hofer, S., M. (2004). Longitudinal designs, methods and analysis in psychiatric research. *Australian and new zealand jornal of psychiatry*, 38, 93–104.
- Astbury-Ward, E. (2012), Emotional and psychological impact of abortion: a critique of the literature. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2008, 34(3), 181-184.
- Avalos, L. (1999). Hindsight and the abortion experience: what abortion means to women years later. *Gender issues/Spring*, 17(2), 35-57.
- Bianchi-Demicheli, F., & Ortigue, S. (2007). Insight of Women's Sexual Function and Intimate Relationships After Termination of Pregnancy: A Review on Recent Findings and Future Perspectives. *Current Women's Health Reviews*, 3, 31-41.
- Borsari, C., M., G. (2012). *Aborto provocado: vivência e significado. Um estudo fundamentado na fenomenologia*. Dissertação de Mestrado em Ciências, Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo.
- Bowen, G. A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of qualitative methods*, 5(3), 1-9.
- Bradshaw, Z., & Slade,, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23(7), 929-958.
- Broen, A., N., Moum, T., Bödtker, A., S., & Ekeberg, O. (2005). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *General hospital psychiatry*, 27(1), 36-43.
- Burke, T., K. (1994). Abortion and Post Traumatic Stress Disorder: The Evidence Keeps Piling Up. *HLL Reports*, 1-5.

Cação, R. (2012). Análise qualitativa de dados com o NVivo [Em linha]. Disponível em: <http://www.slideshare.net/rosariocacao/anlise-qualitativa-de-dados-com-o-nvivo> 1334976 [Consultado em 20/03/2012].

Cameron, S. & Dean. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Induced abortion and psychological sequelae*, 24, 657-665.

Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., & Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436-50.

Coleman, P., K. (2002). A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(6), 1673-1678.

Coleman, P., K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *The British journal of psychiatry*, 199(3), 180-6.

Coleman, P., K., Coyle, C. T., Shuping, M., & Rue, V. M. (2009). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(8), 770-776.

Coleman, P., K., Maxey, C., D., Spence, M. & Nixon, C., L. (2009). Predictors and Correlates of Abortion in the Fragile Families and Well-Being Study: Paternal Behavior, Substance Use, and Partner Violence. *Int J Ment Health Addiction*, 7, 405-422.

Coleman, P., K., Reardon, D., C., Strahan, T. & Cogle, J., R. (2005). The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology and Health*, 20(2), 237-271.

Coleman, P., K., Rue, V., M., & Coyle, C. T. (2009). Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. *Public health*, 123(4), 331-338.

Cogle, J., R., Reardon, D., C. & Coleman, P., K. (2005). Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *Anxiety Disorders*, 19, 137-142.

Cozzarelli, C., (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1224-36.

Direção-geral da Saúde (2010). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2008*. Lisboa: DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE.

Direção-geral da Saúde (2011). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2009*. Lisboa: DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE.

Direção-geral da Saúde (2011). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril - dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010*. Lisboa: DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE.

Direção-geral da Saúde (2012). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011*. Lisboa: DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE.

Direção-geral da Saúde (2013). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2012*. Lisboa: DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE.

Fergusson, D., M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6), 444-51.

Foster, D., G., Gould, H. & Kimport, K. (2012). How women anticipate coping after abortion? *Contraception*, 86, 84-90.

Foster, D., G., Gould, H., Taylor, J. & Wietz, T., A. (2012). Attitudes and Decision Making Among Women Seeking Abortions at One U.S. Clinic. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(2), 117-124.

Glogowska, M., Young, P. & Lockyer, L. (2011). Propriety, process and purpose: considerations of the use of the telephone interview method in an educational research study. *High Educ*, 62, 17-26.

Goodman, S., Hendlish, S., K., Reeves, M., F. & Foster-Rosales, A. (2008). Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 78, 143-148.

Goodwin, P. & Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health*, 22(2), 231-248.

Hancock, B. (2002). Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care An Introduction to Qualitative Research. Disponível em: [http://faculty.cbu.ca/pmacintyre/course\\_pages/MBA603/MBA603\\_files/IntroQualitativeResearch.pdf](http://faculty.cbu.ca/pmacintyre/course_pages/MBA603/MBA603_files/IntroQualitativeResearch.pdf)

Iwasawa, M. (2006). Contraceptive Use and Induced Abortion in Japan: How Is It So Unique among the Developed Countries? *The Japanese Journal of Population*, 4(1), 33-54.



Jaffe, J. & Diamond, M., O. (2011). When the reproductive story goes awry: trauma and loss. In Jaffe, J., Diamond, M., O., *Reproductive trauma: Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients* (pp. 51-57). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Kalyanwala, S., Acharya, R. & Xavier, A., J., F. (2012). Adoption and continuation of contraception following medical or surgical abortion in Bihar and Jharkhand, India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118, 47-51.

Kavanaugh, M., L., Carlin, E., E. & Jones, R., K. (2011). Patients' attitudes and experiences related to receiving contraception during abortion care. *Contraception*, 84, 585-593.

Kero, A., Hogberg, U. & Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth—long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 58, 2559-2569.

Legard, R., Keegan, J. & Ward, K. (2003). In-depth Interviews. In Ritchie, J. & Lewis, J. (Eds.), *Qualitative research practice A Guide for Social Science Students and Researchers*. (pp. 138-169). London: SAGE Publications.

Mack, N., Woodson, C., MacQueen, C., M., Guest, G. & Namey, E. (2005). *Qualitative Research Methods: a data collector's field guide*. USA: USAID.

Major, B. & Cozzarelli, C. (2000). Abortion. In Kazdin, A., E. (Ed.), *Encyclopedia of psychology*. Vol. 1 (pp. 1-5). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M., L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M. & Gramzow, R., H. (2000). Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion. *ARCH GEN PSYCHIATRY*, 57, 777-784.

Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M., A., Russo, N., F. & West, C. (2008). *Mental Health and Abortion*. Washington: American Psychological Association.

Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *The American psychologist*, 64(9), 863-90.

Major, B., Richards, C., Cozzarelli, C., Cooper, L., M., Zubek, J. (1998). Personal Resilience, Cognitive Appraisals, and Coping: An Integrative Model of Adjustment to Abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 735-752.

Marston, C., & Cleland, J. (2004). The effects of contraception on obstetric outcomes. interactions. Geneva: World Health Organization.

- Martino, R., Collins, L., Ellickson, P., L. & Klein, D., J. (2006). Exploring the Link Between Substance Use and Abortion: The Roles of Unconventionality and Unplanned Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(2), 66-75.
- Miller, W., B., Pasta, D., J. & Dean, C., J. (1998). Testing a model of the psychological consequences of abortion. In Beckam, L., J. & Harvey, S., M. (Eds.). *The new civil war: The psychology, culture, and politics of abortion*. (pp. 235-267). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Miller, W. B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues*, 48 (3), 67-93
- Ministério da Saúde. (2007, 21 de junho). Diário da República, pp. 3936-(2)-3936-(11).
- Mittal, S. (2006). Contraception after medical abortion. *Contraception*, 76, 56-60.
- Moraes, R. (1999). ANÁLISE DE CONTEÚDO. *Revista Educação*, 22(37), 7-32.
- Moreau, C., Trussel, J., Desfreres, J. & Bajos, N. (2010). Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, 82, 337-344.
- Moseley, D., T., Follingstad, D., Harley, H. & Heckel, R., V. (1981). Psychological Factors That Predict Reaction to Abortion. *Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 276-279.
- Mays, N. & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care Assessing quality in qualitative research. *Education and debate*, 320, 50-52.
- Noya, A. & Leal, I., P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise Psicológica*, 3, 431-439.
- Pope, C. & Mays, N. (2006). Qualitative methods in health care. In Pope, C. & Mays, N. (Eds.), *Qualitative Research in Health Research* (pp. 1-11). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Ramos, R., C., S., S. & Salvi, R., F. (2009, outubro). Análise de conteúdo e análise do discurso em educação matemática - um olhar sobre a produção em periódicos qualis a1 e a2. In Viali, L. (ed.), *iv seminário internacional de pesquisa em educação matemática*. (pp. 1-20). Brasília: SIPEM
- Reardon, D., C. & Ney, P., G. (2000). Abortion and Subsequent Substance Abuse. *AM. J. Drug Alcohol Abuse*, 26(1), 61-75.

Ribeiro, L., P., R. (2002). O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, saúde & doenças*, 3(1), 11-22.

Rivera, M., J. (1998). Abortion issues in psychotherapy. In Beckam, L., J. & Harvey, S., M. (Eds.), *The new civil war: The psychology, culture, and politics of abortion. Psychology of women book series* (pp. 329-352). Washington: American Psychological Association.

Robinson, G., E., Stotland, N., L., Russo, N., F., Lang, J., A. & Occhiogrosso, M. (2009). Is There an “Abortion Trauma Syndrome”? Critiquing the Evidence. *Harv Rev Psychiatry*, 17(4), 265-290.

Rodrigues, M., M., L. & Hoga, L., A., K. (2006). Aborto espontâneo e provocado: sentimentos vivenciados pelos homens. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 9-14.

Rose, S., B. & Lawton, B., A. (2012). Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 206(37), 1-6.

Schuster, R., M., Hammitt, W., E. & Moore, D. (2003). A Theoretical Model to Measure the Appraisal and Coping Response to Hassles in Outdoor Recreation Settings. *Leisure Sciences*, 25, 277-299.

Sereno, S., Leal, I. & Maroco, J. (2012). Interrupção Voluntária da Gravidez: ajustamento psicológico no processo de decisão. *Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade*, 1, 65-81.

Soderberg, H., Janzon, L. & Sjoberg, N. (1998). Emotional distress following induced abortion A study of its incidence and determinants among abortees in Malmo, Sweden. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 79, 173-178.

Sommer, B. & Sommer, R. (1997). *A Pratical Guide to Behavioral Research – Tools and Techniques* (4th edition). Disponível em: <http://www.famusoanet.com/mpowers/trandp/docs/15%20Interviews%20by%20Sommer.pdf>

Steinberg, J., R. & Russo, N., F. (2009). Evaluating research on abortion and mental health. *Contraception*, 80, 500-503.

Steinberg, J., R. & Finer, L., B. (2011). Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science & Medicine*, 72, 72-82.

Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: a Research Note. *Qualitative Research*, 4(1), 107-118.

Trybulski, J. (2006). Women and abortion: the past reaches into the present. *Journal of advanced nursing*, 54(6), 683-90.

Upadhyay, U., D., Brown, B., A., Sokoloff, A. & Raine, T., R. (2012). Contraceptive discontinuation and repeat unintended pregnancy within 1 year after an abortion. *Contraception*, 85, 56-62.

World Health Organization (2003). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Switzerland: WHO.

World Health Organization (2005). *The World Health Report 2005 Make every mother and child count*. Switzerland: WHO.

World Health Organization (2006). Frequently asked clinical questions about medical abortion. World Health Organization, 1-41.

World Health Organization (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (2nd edition)*. Switzerland: WHO.

Yilmaz, N., Kanat-Pektas, M., Kilic, S., & Gulerman, C. (2010). Medical or surgical abortion and psychiatric outcomes. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 23(6), 541-544.

## ***ANEXOS***

---

## **ANEXO I. GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

**Guião de entrevista - "Interrupção Voluntária da Gravidez - Experiência numa Unidade Hospitalar da Região Metropolitana do Porto – dois anos depois" (Xavier & Azeredo, 2012)**



**Data nascimento:**

**Escolaridade:**

**Profissão:**

**Situação profissional:** Empregada /desempregada

**Estado civil:**

**Número de filhos:**

| Tópicos Gerais/ Temas                               | Tópicos Específicos  | Instruções   |
|---|--|--|
| <b>Planeamento familiar: contraceção e gravidez</b> | <b>Contraceção</b><br>Recurso a consulta de Planeamento Familiar (ou outra) após a realização da IVG | <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Averiguar se foi a alguma consulta de Planeamento Familiar (ou de outro tipo) após a realização da IVG (Sim/Não e razões);<ul style="list-style-type: none"><li>- Se consulta de Planeamento Familiar – porquê?</li><li>- Se outro tipo de consulta – porquê?</li></ul></li><li>▶ Procurar saber quais os métodos contraceptivos que usa atualmente;</li><li>▶ Explorar a perceção de alterações/mudanças na utilização de contraceção com a consulta pós-IVG:<ul style="list-style-type: none"><li>- Alterou a utilização de contraceção?</li><li>- Que método(s) utilizou no passado?</li><li>- Que método adotou após a IVG?</li><li>- Qual o motivo desta escolha?</li></ul></li></ul> |
|   | Caracterização da utilização de contraceptivos após a IVG / perceção de alterações na utilização     |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | Importância da consulta de planeamento familiar após IVG                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A IVG influenciou esta alteração?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Explorar percepção da importância desta consulta: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual a importância da consulta de Planeamento Familiar após a IVG?</li> <li>- O que mudou?</li> <li>- O que aprendeu?</li> </ul> </li> </ul>  |
|  | <b>Gravidez</b>  |   |
|  | Nova gravidez após IVG   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Explorar se engravidou novamente <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voltou a engravidar após a IVG? (Sim/Não)</li> </ul> </li> </ul>   |
|  | <u>Se existiu nova gravidez:</u>   | <u>Se Sim:</u>  |
|  | Influência da Gravidez na percepção e sentimentos relacionados com a IVG realizada | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar circunstâncias (gravidez planeada/desejada ou indesejada)?</li> <li>- Como aconteceu esta gravidez? (Planeamento? Falha na contraceção?)</li> </ul>   |
|  | Influência da IVG na gravidez posterior  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Explorar a influência da gravidez na percepção e sentimentos relacionados com a IVG: <ul style="list-style-type: none"> <li>- O facto de estar grávida altera de alguma forma o modo como pensa sobre a IVG que realizou?</li> </ul> </li> <li>▸ Explorar a influência da IVG na vivência da nova gravidez: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Será que a IVG teve alguma influência na gravidez?</li> </ul> </li> </ul> |
|  | Nova IVG   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Explorar de realizou nova IVG</li> </ul>   |
|  | Importância da IVG na decisão de realizar outra IVG                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Explorar a importância da IVG anterior nesta decisão: <ul style="list-style-type: none"> <li>- A IVG anterior influenciou alguma forma a sua decisão de interromper esta gravidez?</li> </ul> </li> </ul>  |



|                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
|                               | <p><u>Se não existiu nova gravidez:</u></p> <p>Projeto de maternidade para o futuro</p> <p>Importância da IVG nesta decisão</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Explorar o modo como integra a gravidez/maternidade no projeto de vida futura: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensa vir a ter (mais) filhos? Porquê</li> </ul> </li> <li>▸ Explorar a importância da IVG nesta decisão: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Considera que a IVG possa influenciar essa sua decisão?</li> </ul> </li> </ul>   |
| <b>Saúde Mental</b>           | <p><b>Influência da IVG na saúde mental</b></p> <p><b>Problemas psicológicos pré-IVG</b></p>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Averiguar se a IVG trouxe alterações ao nível da saúde mental: <p><u>Depois da IVG</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações de sono ou alimentação</li> <li>- Dificuldade em falar da IVG?</li> <li>- Lembrar-se da IVG?</li> </ul> </li> <li>▸ Averiguar existência de sintomatologia psicopatológica (depressão/ansiedade)</li> <li>▸ Averiguar se recebeu apoio psicológico ou psiquiátrico; se foi medicada; (foi procurado por si? Qual a duração?)</li> <li>▸ Explorar existência de problemas psicológicos prévios (diagnosticados /medicados); <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alguma vez teve, antes da IVG, algum problema psicológico?</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Se sim:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O quê?</li> <li>- Quando?</li> <li>- Recebeu tratamento psicológico/farmacológico?</li> </ul> |
| <b>Consumo de substâncias</b> | <p>Substâncias ilícitas</p> <p>Álcool</p> <p>Medicamentos</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Averiguar consumos na atualidade e no passado;</li> <li>▸ Averiguar consumos na atualidade e no passado;</li> <li>▸ Averiguar utilização na atualidade e no passado</li> </ul>  |

|                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| <b>Relação com o parceiro</b> | <b>Relacionamento emocional</b><br>Relação pré-IVG -<br>Influência da IVG no relacionamento | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Explorar reações do parceiro à IVG:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como reagiu o parceiro à IVG? E atualmente?</li> </ul> </li> <li>▸ Explorar influência da IVG na relação:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- A IVG afetou a relação com o seu companheiro?</li> <li>- A que nível?</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Se a relação terminou:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que peso teve a IVG no término da relação?</li> </ul> |
|                               | Violência doméstica<br>Novas relações   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Explorar questões de violência doméstica pré- e pós IVG;</li> <li>▸ Averiguar existência de nova relação;</li> <li>▸ Averiguar o conhecimento ou não da IVG por parte do novo companheiro:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ele tem conhecimento da IVG? Porquê?</li> </ul> </li> </ul>  |
|                               | <b>Relacionamento Sexual</b><br>IVG e alterações com a satisfação sexual                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Averiguar sobre possíveis alterações no relacionamento sexual:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existiram alterações no funcionamento sexual após a IVG?</li> <li>- A que níveis?</li> <li>- Quanto tempo durou essa alteração?</li> </ul> </li> <li>▸ Averiguar a importância do relacionamento sexual para a mulher antes e depois da IVG;</li> </ul>  |
| <b>Suporte Social</b>         | <b>Papel do suporte social na tomada de decisão da IVG</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Averiguar a existência da participação de outros na decisão da IVG:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quem a ajudou a tomar a decisão da IVG?</li> <li>- Quem a apoiou nesta decisão?</li> </ul> </li> <li>▸ Averiguar sentimentos de pressão/oposição percebida:</li> </ul>  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  |   | <p>- Sentiu-se pressionada para realizar a IVG?</p> <p><u>Se sim:</u></p> <p>- Por quem?</p> <p>- Alguém se opôs a esta decisão?</p>   |
|  | <p><b>Papel do suporte social e relações interpessoais na vivência da IVG</b></p> <p>Influência dos outros na forma como lidou posteriormente com a realização de IVG</p> | <p>▸ Explorar apoios recebidos após a IVG e o papel destes no modo como lidou com a mesma:</p> <p>- Quem a apoiou durante o processo?</p> <p><u>Se teve apoio:</u></p> <p>- Como é que foi esse apoio?</p> <p>- O que mais valorizou nesse apoio?</p> <p><u>Se não teve apoio:</u></p> <p>- Averiguar razões</p> <p>- Porque não falou com ninguém?</p> <p>▸ Averiguar estigma:</p> <p>- Como é que as pessoas reagiram à sua decisão?</p> <p>- Sentiu que o comportamento das pessoas consigo era diferente?</p> <p>- Porque acha que isto aconteceu?</p> |
|  | <p>Perceções em relação à equipa de profissionais de saúde</p>  | <p>▸ Averiguar do tipo de apoio/suporte por parte da equipa no processo da IVG:</p> <p>- Como descreveria/avaliaria o apoio/ajuda dos profissionais em todo o processo?</p>  |
|  | <b>Papel do suporte social e</b>  |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | <p><b>relações interpessoais na vivência após a realização da IVG</b></p> <p>Influência dos outros na forma como lidou posteriormente com a realização de IVG</p> <p>Percepções em relação à equipa de profissionais de saúde</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Quem a apoiou após a IVG?</li> <li>▸ Explorar o papel de outros no modo como lidou com a IVG               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quanto a esta situação, houve alguém que tenha ajudado a passar por essa fase? (Religião)</li> </ul> </li> <li>▸ Averiguar do tipo de apoio/suporte/disponibilidade por parte da equipa depois da IVG               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como descreveria/avaliaria o apoio/ajuda/disponibilidade dos profissionais depois da IVG?</li> </ul> </li> </ul> |
|   | <p><b>Influência da IVG nas relações interpessoais</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Explorar se IVG mudou alguma coisa ao nível das relações com os outros; mudança positiva/negativa               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Considera que a IVG tenha de alguma forma alterado as relações que mantinha com as outras pessoas?</li> <li>- Para melhor ou para pior?</li> </ul> </li> </ul>   |
| <p><b>Vivência/Experiência da IVG</b></p> | <p><b>Circunstâncias de vida a quando da realização da IVG</b></p> <p>Razões</p> <p>Processo de IVG</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Averiguar em que circunstâncias de vida se inseriu a IVG:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode falar-me das circunstâncias da sua vida na altura em que fez a IVG?</li> </ul> </li> <li>▸ Razões para a IVG</li> <li>▸ Explorar a experiência da IVG:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como descreveria o processo de IVG?</li> <li>- Como idealizou que iria vivenciar este processo?</li> </ul> </li> </ul>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>IVG como fator de mudança/ impacto da IVG na vida</p> <p>Percepção das estratégias de coping usadas para lidar com a IVG</p> <p>Influência de outros eventos/acidentes de vida na vivência da IVG</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como se sentiu na realidade, durante este processo?</li> <li>- Destacaria algum momento/acidente em especial?</li> <li>- O que pensa atualmente sobre a sua decisão?</li> <li>▸ Explorar possíveis mudanças na vida, decorrentes da IVG: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como avalia a experiência da IVG?</li> <li>- Como se sentiu naquela altura e como se sente agora?</li> <li>- O que mudou?</li> <li>- Considera que a IVG mudou algum aspeto da sua vida? A que níveis? (forma como pensa, sente ou se comporta) / pode dizer-me de que forma ter feito a IVG influenciou a sua vida? (perceber quais os domínios a que dá relevo – sentimentos/comportamentos/pensamentos).</li> </ul> </li> <li>▸ Explorar estratégias de coping adotadas após a IVG: <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que fez para lidar com a IVG?</li> <li>- Qual a sua opinião sobre o modo como lidou com a IVG?</li> </ul> </li> <li>▸ Explorar acontecimentos relevantes após IVG e sua influência na vivência posterior: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existiram acontecimentos posteriores que tenham interferido no modo como tem lidado com a IVG?</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Se sim:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode dar-me um exemplo de um acontecimento significativo? Quando aconteceu? Porque é significativo?</li> </ul> |
| <p><b>Posicionamento relativamente à IVG</b></p> | <p>Percepção quanto a opinião/crenças relativamente à IVG</p> <p>Mudança nas atitudes após</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Explorar percepções/opiniões prévias e atuais relativamente à IVG:</li> <li>▸ Explorar possível mudança;</li> </ul>  |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | IVG<br>Preocupações/medos acerca da IVG | ▸ Explorar preocupações/medos acerca da IVG - passados e presentes; |
|--|---|---|

## **ANEXO II. SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS**

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>1. Saúde Mental e Física</b> |
|---------------------------------|

*1.1 Saúde Mental*

1.1.1 Reações emocionais pós-IVG

**1.1.1.1 Tristeza/Angustia**

**1.1.1.2 Tomada de decisão correta**

**1.1.1.3 Sentimento de culpa**

**1.1.1.4 Peso na consciência**

**1.1.1.5 Não querer falar do assunto**

**1.1.1.6 Mágoa**

**1.1.1.7 Dificuldade em falar do assunto**

**1.1.1.8 Lembranças**

**1.1.1.9 Arrependimento**

**1.1.1.10 Pensamentos Recorrentes**

**1.1.1.11 Situações exacerbantes**

**1.1.1.12 Sem especificação**

1.1.2 Consumos

1.1.2.1 Substâncias ilícitas

**1.1.2.1.1 Pré-IVG**

**1.1.2.1.2 Pós-IVG**

1.1.2.2 Medicação

**1.1.3.2.1 Pré-IVG**

**1.1.3.2.2 Pós-IVG**

**1.1.3.2.3 Consumo por questões médicas**

1.1.2.3 Álcool

**1.1.2.3.1 Pré-IVG**

**1.1.2.3.2 Pós-IVG**

1.1.3 Acompanhamento Psicológico Psiquiátrico

1.1.3.1 Pré-IVG

1.1.3.1.1 Sim

**1.1.3.1.1.1 Tratamento Farmacológico**

**1.1.3.1.1.2 Razões**

**1.1.3.1.1.3 Especialidade médica**

1.1.3.2 Pós-IVG

1.1.3.2.1 Sim

**1.1.3.2.1.1 Tratamento Farmacológico de seguimento**

**1.1.3.2.1.2 Razões**

**1.1.3.2.1.3 Especialidade**

**1.1.3.2.2 Não**

**1.1.3.2.2.1 Razões**

**1.1.4 Estratégias de Coping**

**1.1.4.1 Comparação a abortamentos espontâneos**

**1.1.4.2 Convicções religiosas**

**1.1.4.3 Deixar o tempo passar**

**1.1.4.4 Não falar do assunto**

**1.1.4.5 Nova gravidez**

**1.1.4.6 Tentar não se lembrar**

**1.1.4.7 Ver o lado positivo da IVG**

**1.1.4.8 Ser forte**

**1.1.4.9 Seguir em frente**

**1.1.4.10 Mudar de vida**

**1.1.4.11 Falar do assunto**

**1.1.4.12 Não falar do assunto**

**1.1.4.13 Ser prática**

**1.1.4.14 Direcionar atenção para outras pessoas**

**1.1.4.15 Assumir a IVG**

**1.1.5 Ausência de Impacto**

*1.2 Reações Físicas*

**1.2.1 Aumento de peso**

**2. Planeamento Familiar e Contraceção**

*2.1 Especialidade da consulta*

**2.1.1 Motivos para recorrer a outra especialidade**

**2.1.2 Médico de família**

**2.1.2.1 Sim**

**2.1.2.2 Avaliação positiva da consulta**

**2.1.2.3 Avaliação negativa da consulta**

**2.1.3 Ginecologista privado**

**2.1.3.1 Sim**

**2.1.3.2 Avaliação da consulta**

*2.2 Maternidade*

**2.2.1 Projeto de Maternidade**

**2.2.1.1 Sim**



- 2.2.1.2 Não
  - 2.2.1.2.1 Ausência de projeto de maternidade**
  - 2.2.1.2.2 Ausência de influência da IVG/Outras razões**
- 2.2.1.3 Ambivalência
  - 2.2.1.3.1 Razões associadas à IVG**
  - 2.2.1.3.2 Ambivalência no projeto de maternidade**
- 2.2.1.4 Ausência de influência da IVG**
- 2.2.2 Gravidez Pós-IVG
  - 2.2.2.1 Sim
    - 2.2.2.1.1 Tempo decorrido até engravidar**
    - 2.2.2.1.2 Planejamento e desejabilidade**
    - 2.2.2.1.3 Evolução da gravidez**
  - 2.2.2.2 Não
    - 2.2.2.2.1 Sem gravidez**
    - 2.2.2.2.2 Ausência de influência da IVG**
- 2.2.3 Dificuldades em gravidezes prévias**
- 2.3 Contraceção*
  - 2.3.1 Pré-IVG
    - 2.3.1.1 Tipo de contraceção
      - 2.3.1.1.1 Preservativo**
      - 2.3.1.1.2 Pílula**
      - 2.3.1.1.3 Nenhum**
    - 2.3.1.2 Motivos de ausência de contraceção**
    - 2.3.1.3 Explicação falha do método utilizado**
    - 2.3.1.4 Métodos usados em momentos passados**
  - 2.3.2 Pós-IVG
    - 2.3.2.1 Tipo de contraceção
      - 2.3.2.1.1 Preservativo**
      - 2.3.2.1.2 Pílula**
      - 2.3.2.1.3 Implante**
    - 2.3.2.2 Mudança de atitude na utilização da contraceção**
    - 2.3.2.3 Mudança do método contraceativo**
    - 2.3.2.4 Motivos da escolha do método contraceativo**
    - 2.3.2.5 Circunstâncias da manutenção do contraceativo**
    - 2.3.2.6 Influência da IVG na decisão de contraceção**
  - 2.3.3 Mudanças posteriores
    - 2.3.3.1 Circunstâncias da interrupção de Contraceção**

### 3. Suporte Social

#### *3.1 Aquando Tomada de Decisão*

##### **3.1.1 Percepção de tomada de decisão sozinha**

##### **3.1.2 Companheiro**

##### **3.1.3 Pais**

##### **3.1.4 Mãe**

##### **3.1.5 Amiga**

#### *3.2 Aquando Realização da IVG*

##### **3.2.1 Irmã**

##### **3.2.2 Companheiro**

###### **3.2.2.1 Apoio**

###### **3.2.2.2 Ausência de apoio**

###### **3.2.2.3 Aspectos valorizados**

##### **3.2.3 Amiga**

###### **3.2.3.1 Sim**

###### **3.2.3.2 Aspectos valorizados**

##### **3.2.4 Mãe**

##### **3.2.5 Ausência da partilha da experiência da IVG**

#### *3.3 Após IVG*

##### **3.3.1 Companheiro**

###### **3.3.1.1 Apoio**

###### **3.3.1.2 Ausência de apoio**

###### **3.3.1.3 Aspectos valorizados**

##### **3.3.2 Familiares**

###### **3.3.2.1 Mãe**

###### **3.3.2.2 Cunhado**

###### **3.3.2.3 Irmã**

###### **3.3.2.4 Pais**

##### **3.3.3 Profissionais de Saúde**

###### **3.3.3.1 Psicólogos e Assistentes Sociais**

###### **3.3.3.1.1 Aspectos positivos**

###### **3.3.3.2 Médicos**

###### **3.3.3.2.1 Aspectos positivos**

###### **3.3.3.2.1 Aspectos negativos**

##### **3.3.4 Colegas de trabalho**

##### **3.3.5 Reações Positivas**

##### **3.3.6 Sem partilha da experiência**

#### **3.3.6.1 Razões**

#### **3.3.6.2 Consequências**

#### **3.3.7 Partilha tardia da experiência**

#### **3.3.7.1 Razões**

#### **3.3.8 Ausência de Impacto da IVG nas relações**

### **4. Relações íntimas**

#### ***4.1 Término do relacionamento***

##### **4.1.1 Sim**

##### **4.1.2 Circunstâncias**

##### **4.1.3 Ausência de influência da IVG**

##### **4.1.4 Ambivalência da percepção de influência da IVG**

#### ***4.2 Novos relacionamentos***

##### **4.2.1 Sim**

##### **4.2.1.1 Partilha da experiência de IVG**

##### **4.2.2 Não**

##### **4.2.1.2 Influência da IVG**

#### ***4.3 Manutenção do relacionamento***

#### ***4.4 Funcionamento Sexual***

##### **4.4.1 Dificuldades**

##### **4.4.2 Ausência de dificuldades**

#### ***4.5 Problemas relacionais prévios***

##### **4.5.1 Relacionados com questões familiares**

#### ***4.6 Características do relacionamento aquando da IVG***

#### ***4.7 Ausência de impacto da IVG***

### **5. Processo de IVG**

#### ***5.1 Vivência do processo de IVG***

##### **5.1.1 Razões para a tomada de decisão da IVG**

##### **5.1.1.1 Relacionamento instável**

##### **5.1.1.2 Profissionais**

##### **5.1.1.3 Pessoais**

##### **5.1.1.4 Idade**

##### **5.1.1.5 Gravidez não planeada**

##### **5.1.1.6 Experiencia negativa de gravidez prévia**

##### **5.1.1.7 Económicas**

##### **5.1.1.8 Ausência de projeto de maternidade**

##### **5.1.1.9 Problemas Psicológicos**

##### **5.1.1.10 Ausência de apoio futuro**

**5.1.1.11 Pressão do companheiro**

**5.1.2 Sensações**

**5.1.3 Opiniões acerca da consulta de IVG**

**5.1.3.1 Consulta de Psicologia e Serviço Social**

**5.1.3.1.1 Utilidade**

**5.1.3.1.2 Inutilidade**

**5.1.3.2 Sugestões**

**5.1.3.3 Profissionais**

**5.1.3.4 Procedimento médico**

**5.1.3.5 Espaço físico**

**5.1.3.6 Dinâmica organizacional**

**5.1.3.7 Atendimento**

**5.1.4 Ausência de conhecimento prévio**

**5.2 Vivência da fase após o processo de IVG**

**5.2.1 Impacto pessoal percebido**

**5.2.1.1 Mudança na forma como se sente**

**5.2.1.2 Maior tolerância**

**5.2.1.3 Maior sensibilidade**

**5.2.1.4 Maior responsabilidade**

**5.2.1.5 Crescimento**

**5.2.2 Ausência de impacto percebido**

**5.2.3 Complicações médicas**

**6. Posicionamento face à IVG**

**6.1 Ausência de alteração**

**6.1.1 Sem opinião formada**

**6.1.2 Não a favor**

**6.1.3 A favor**

**6.1.4 Ausência de influência da IVG**

**6.2 Ambivalência**

**7. Material não categorizável**

### **ANEXO III. GRELHA DE CATEGORIAS**

| <b><u>1. Saúde Mental e Física</u></b>  |                                  |  |   |
|---|----------------------------------|--|---|
| <b><i>1.1 Saúde Mental</i></b>          |                                  |  |   |
| <b>1.1.1 Reações emocionais pós-IVG</b> |                                  |  |   |
| Codificação                             | Designação                       | Descrição  | Exemplo   |
| <b>1.1.1.1</b>                          | <b>Tristeza/Angustia</b>         | Indicações do sentimento de tristeza e angustia face à IVG | “Logo a seguir fiquei triste.” (P1)   |
| <b>1.1.1.2</b>                          | <b>Tomada de decisão correta</b> | Indicações do sentimento de decisão acertada face à IVG    | “Eu sou uma pessoa bem resolvida e tomei uma opção e já sabia que não ia ter peso na consciência nenhuma” (P5)                                |
| <b>1.1.1.3</b>                          | <b>Sentimento de culpa</b>       | Indicações do sentimento de culpa face à IVG               | “Eu fico muito... muito sentimentalista, muito culpa, muito sentimento de culpa. Muito grande.” (P2)  |
| <b>1.1.1.4</b>                          | <b>Peso na consciência</b>       | Indicações do sentimento de peso na consciência face à IVG | “E eu sei que não tem nada a ver com isso, com o peso na consciência... mas não... pronto, o que eu fiquei foi com peso na consciência.” (P2) |

|                 |  |   |  |
|-----------------|--|---|--|
| <b>1.1.1.5</b>  | <b>Não querer falar do assunto</b>     | Indicações da ausência de vontade em falar sobre a experiência de IVG   | “Não era uma coisa que eu quisesse falar sobre isso. Não queria.” (P1)   |
| <b>1.1.1.6</b>  | <b>Mágoa</b>                           | Indicações do sentimento de mágoa face à IVG  | “Porque me magoa.” (P2)  |
| <b>1.1.1.7</b>  | <b>Dificuldade em falar do assunto</b> | Indicações de dificuldades em falar da IVG  | “Havida dificuldade em falar da situação?(Investigador) Sim.” (P4)   |
| <b>1.1.1.8</b>  | <b>Lembranças</b>                      | Indicações da presença de lembranças da experiência da IVG  | “Lembro-me perfeitamente bem do dia, sei que nunca mais me vou esquecer do dia e de como foi.” (P2)                    |
| <b>1.1.1.9</b>  | <b>Arrependimento</b>                  | Indicações do sentimento de arrependimento face à IVG   | “Se fosse hoje não voltava a fazer.” (P2)  |
| <b>1.1.1.10</b> | <b>Pensamentos Recorrentes</b>         | Indicações de pensamentos recorrentes face à IVG  | “Hoje em dia lembra-se desta situação, não se lembra... foi só aqui o meu telefonema... (Investigador) Lembro...” (P1) |
| <b>1.1.1.11</b> | <b>Situações exacerbantes</b>          | Indicações da presença de situações que exacerbam uma reação emocional face à IVG, nomeadamente o contacto com crianças | “Ele é um bebé... porque eu adoro bebés, não é? É sempre uma situação que me custa, claro...” (P1)                     |
| <b>1.1.1.12</b> | <b>Sem especificação</b>               | Indicações de reações emocionais não  | “Porque mexe... quem é mãe... é um filho que não veio  |

|                             |                |  |  |
|-----------------------------|----------------|--|--|
|                             |                | especificadas face à IVG                                     | e que temos que escolher para vir.” (P5) |
| 1.1.2 Consumos              |                |  |  |
| 1.1.2.1 Substância ilícitas |                |  |  |
| Codificação                 | Designação     | Descrição  | Exemplo                                  |
| <b>1.1.2.1.1</b>            | <b>Pré-IVG</b> | Indicações de consumos de substâncias ilícitas antes da IVG  | “Não, nunca tomei. Nunca consumi.” (P3)  |
| <b>1.1.2.1.2</b>            | <b>Pós-IVG</b> | Indicações de consumos de substâncias ilícitas depois da IVG | “Não... não não não.” (P1)               |
| 1.1.2.2 Medicação           |                |  |  |
| Codificação                 | Designação     | Descrição  | Exemplo                                  |
| <b>1.1.2.2.1</b>            | <b>Pré-IVG</b> | Indicações de consumos de medicação antes da IVG             | “Já.” (P1)                               |
| <b>1.1.2.2.2</b>            | <b>Pós-IVG</b> | Indicações de consumos de medicação depois da IVG            | “Estou. Sim, estou.” (P1)                |

|   |                                     |  |   |
|---|-------------------------------------|--|---|
| <b>1.1.2.2.3</b>                              | <b>Consumo por questões médicas</b> | Indicações do consumo de medicação em circunstâncias médicas                           | “Tomo... tenho o problema de cardiopatia dilatada do qual tomo medicação.” (P3) |
| 1.1.2.3 Álcool                                |                                     |  |   |
| Codificação                                   | Designação                          | Descrição  | Exemplo   |
| <b>1.1.2.3.1</b>                              | <b>Pré-IVG</b>                      | Indicações de consumos de álcool antes da IVG  | “Não, não.” (P5)  |
| <b>1.1.2.3.2</b>                              | <b>Pós-IVG</b>                      | Indicações de consumos de álcool depois da IVG   | “Não tomei... ah... não tomei nada.” (P2)                                       |
| 1.1.3 Acompanhamento Psicológico Psiquiátrico |                                     |  |   |
| 1.1.3.1 Pré-IVG                               |                                     |  |   |
| 1.1.3.1.1 Sim                                 |                                     |  |   |
| Codificação                                   | Designação                          | Descrição  | Exemplo   |
| <b>1.1.3.1.1.1</b>                            | <b>Tratamento Farmacológico</b>     | Indicações da realização prévia de tratamento farmacológico a questões de saúde mental | “Quando foi a interrupção... acho que estava a tomar.” (P1)                     |



|                    |   |   |   |
|--------------------|---|---|---|
| <b>1.1.3.1.1.2</b> | <b>Razões</b>                                 | Indicação das razões que justificam a realização prévia de tratamentos de ordem psicológica e/ou psiquiátrica | “(…) pelo facto de estar desempregada e ainda estar porque já na altura estava” (P1)  |
| <b>1.1.3.1.1.3</b> | <b>Especialidade Médica</b>                   | Indicações da especialidade médica responsável pela prescrição do tratamento farmacológico                    | “Fui a um psiquiatra.” (P1)   |
| 1.1.3.2 Pós-IVG    |   |   |   |
| 1.1.3.2.1 Sim      |   |   |   |
| Codificação        | Designação                                    | Descrição   | Exemplo   |
| <b>1.1.3.2.1.1</b> | <b>Tratamento Farmacológico de seguimento</b> | Indicações da realização atual de tratamento farmacológico a questões de saúde mental prévias à IVG           | “Na atualidade estou a ser medicada.” (P1)  |
| <b>1.1.3.2.1.2</b> | <b>Razões</b>                                 | Indicação das razões que justificam a realização atual de tratamentos de ordem psicológica e/ou psiquiátrica  | “(…) pelo facto de estar desempregada e ainda estar (...) e por estar a passar pelo processo de separação bastante complicado, muito litigioso no que diz respeito à guarda do meu filho de 5 anos.” (P1) |
| <b>1.1.3.2.1.3</b> | <b>Especialidade</b>                          | Indicações da especialidade médica responsável  | “Fui a um psiquiatra.” (P1)   |

|                             |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|
|                             |  | pela prescrição do tratamento farmacológico  |  |
| 1.1.3.2.2 Não               |  |  |  |
| Codificação                 | Codificação                                  | Descrição  | Exemplo  |
| <b>1.1.3.2.2.1</b>          | <b>Razões</b>                                | Indicações de razões que motivaram a ausência de procura de acompanhamento psicológico após e em consequência da IVG                                 | “Porque acho que não fiquei afetada a esse nível... felizmente, para que tivesse que recorrer por causa de... se ficasse com algum trauma, entre aspas, pelo facto de ter feito a interrupção.” (P1) |
| 1.1.4 Estratégias de Coping |  |  |  |
| Codificação                 | Codificação                                  | Descrição  | Exemplo  |
| <b>1.1.4.1</b>              | <b>Comparação a abortamentos espontâneos</b> | Indicações da utilização da estratégia "comparação a abortamentos espontâneos" no sentido de idealizar a gravidez como tendo um desfecho equivalente | “Mas esse também é quase como se fosse. Está bem que foi... é diferente, não é? Mas para mim o sentimento foi igual.” (P3)   |
| <b>1.1.4.2</b>              | <b>Convicções religiosas</b>                 | Indicações da utilização da estratégia "convicções religiosas" para lidar com a experiência da IVG   | “Deus já me perdoou.” (P5)   |

|                 |                                   |  |   |
|-----------------|-----------------------------------|--|---|
| <b>1.1.4.3</b>  | <b>Deixar o tempo passar</b>      | Indicações da utilização da estratégia "deixar o tempo passar" a experiência da IVG                | “Acho que... é como diz... o tempo cura um bocado tudo e... e já não se pensa tanto no que se passou.” (P4) |
| <b>1.1.4.4</b>  | <b>Não falar do assunto</b>       | Indicações da utilização da estratégia " não falar do assunto" para lidar com a experiência da IVG | “Faço um comentário, se calhar uma vez por ano mas se calhar nem isso.” (P3)                                |
| <b>1.1.4.5</b>  | <b>Nova gravidez</b>              | Indicações da utilização da estratégia "nova gravidez" para lidar com a experiência da IVG         | “As coisas agora foram ultrapassadas com a nova gravidez. Não é que não esqueça... mas atenua.” (P2)        |
| <b>1.1.4.6</b>  | <b>Tentar não se lembrar</b>      | Indicações da utilização da estratégia "tentar não se lembrar" da experiência da IVG               | “(...) eu tento não me lembrar.” (P2)   |
| <b>1.1.4.7</b>  | <b>Ver o lado positivo da IVG</b> | Indicações da utilização da estratégia "ver o lado positivo" da experiência da IVG                 | “(...) ver as coisas de uma forma positiva.” (P3)   |
| <b>1.1.4.8</b>  | <b>Ser forte</b>                  | Indicações da utilização da estratégia "ser forte" face à experiência da IVG                       | “Pronto... acho que fui forte.” (P5)  |
| <b>1.1.4.9</b>  | <b>Seguir em frente</b>           | Indicações da utilização da estratégia "seguir em frente" após a experiência da IVG                | “Foi tomada, daqui para a frente é seguir em frente e mais nada.” (P5)                                      |
| <b>1.1.4.10</b> | <b>Mudar de vida</b>              | Indicações da utilização da estratégia "mudar de vida" após a experiência da IVG                   | “ (...) e pensei, bem... vou mudar de vida, vou mudar de rumo (...)”(P6)                                    |

|                            |   |   |  |
|----------------------------|---|---|--|
| <b>1.1.4.11</b>            | <b>Falar do assunto</b>                         | Indicações da utilização da estratégia "Falar do assunto" como forma de lidar com a experiência da IVG                | “(…) até acho que me fez bem falar.” (P6)  |
| <b>1.1.4.12</b>            | <b>Não falar do assunto</b>                     | Indicações da utilização da estratégia "não falar do assunto" para lidar com a experiência da IVG                     | “Faço um comentário, se calhar uma vez por ano mas se calhar nem isso.” (P6)   |
| <b>1.1.4.13</b>            | <b>Ser prática</b>                              | Indicações da utilização da estratégia “Ser prática” em relação à experiência da IVG                                  | “Acho que lidei bem, que tentei ser prática... o máximo mais possível, e acabei por lidar bem” (P6)  |
| <b>1.1.4.14</b>            | <b>Direcionar a atenção para outras pessoas</b> | Indicações da utilização da estratégia “Direcionar a atenção para outras pessoas” para lidar com a experiência da IVG | “Também tinha uma irmã adolescente em casa, tinha uma avó em casa que na altura já tinha sofrido o terceiro AVC e tentei lidar da melhor maneira possível.” (P6) |
| <b>1.1.4.15</b>            | <b>Assumir a IVG</b>                            | Indicações da utilização da estratégia “Assumir a IVG” como forma de lidar com a mesma                                | “(…) assumi o que fiz.” (P2)   |
| <b>1.1.5</b>               | <b>Ausência de Impacto</b>                      | Indicações da perceção de ausência de impacto da IVG ao nível da Saúde Mental   | “Foi-me indiferente, digamos (...) não me afetou em nada.” (P3)  |
| <b>1.2 Reações Físicas</b> |   |   |  |
| Codificação                | Designação                                      | Descrição   | Exemplo  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>1.2.1</b>  | <b>Aumento de peso</b>                             | Indicações de aumento de peso em consequência da realização da IVG   | “Eu acho que... é assim, olhando bem para trás eu aumentei um bocado de peso.” (P2)                  |
| <b><u>2. Planeamento Familiar e Contraceção</u></b> |  |  |  |
| <b><i>2.1 Especialidade da consulta</i></b>         |  |  |  |
| Codificação   | Designação   | Descrição  | Exemplo  |
| <b>2.1.1</b>  | <b>Motivos para recorrer a outra especialidade</b> | Indicações das razões que motivaram a procura de uma outra especialidade e a recusa da consulta de Planeamento Familiar do Centro de Saúde | “Se calhar por estar mais habituada e mais à vontade com ele... e por ele saber da situação...” (P1) |
| <b>2.1.2 Médico de família</b>                      |  |  |  |
| Codificação   | Designação   | Descrição  | Exemplo  |
| <b>2.1.2.1</b>                                      | <b>Sim</b>   | Indicações da escolha de médico de família   | “(...) estive com o meu médico familiar (...)” (P5)  |
| <b>2.1.2.2</b>                                      | <b>Avaliação positiva da consulta</b>              | Indicações de aspetos caracterizadores da importância da consulta ao nível do planeamento familiar e contraceção                           | “Olhe é assim, eu não sei... foi... para ter mais informação.” (P5)                                  |

|                                     |                                       |   |  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <b>2.1.2.3</b>                      | <b>Avaliação negativa da consulta</b> | Indicações de aspetos negativos da consulta ao nível do planeamento familiar e contraceção  | “O planeamento familiar não foi grande coisa.” (P6)  |
| <b>2.1.3 Ginecologista Privado</b>  |                                       |   |  |
| Codificação                         | Designação                            | Descrição   | Exemplo  |
| <b>2.1.3.1</b>                      | <b>Sim</b>                            | Indicações da escolha de Ginecologista privado  | “(…) fui ao ginecologista.” (P2)   |
| <b>2.1.3.2</b>                      | <b>Avaliação da consulta</b>          | Indicações de que a consulta contemplou para além das questões de avaliação médica, a discussão da escolha do método contraceptivo a adotar | “Foi importante para mim saber que eu estava bem... que o meu organismo estava bem e que... foi nesse sentido que eu considero que tenha sido mais importante.” (P1) |
| <b>2.2 Maternidade</b>              |                                       |   |  |
| <b>2.2.1 Projeto de Maternidade</b> |                                       |   |  |
| Codificação                         | Designação                            | Descrição   | Exemplo  |
| <b>2.2.1.1</b>                      | <b>Sim</b>                            | Indicações de projeto de maternidade futuro existente   | “Não sei como é o dia de amanhã mas espero ter mais um filho.” (P2)  |

| 2.2.1.2 Não            |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|
| Codificação            | Designação   | Descrição  | Exemplo  |
| <b>2.2.1.2.1</b>       | <b>Ausência de projeto de maternidade</b>          | Indicações de razões que justificam a ausência de projeto de maternidade futuro                        | “Não... não (...)” (P1)  |
| <b>2.2.1.2.2</b>       | <b>Ausência de influência da IVG/Outras razões</b> | Indicações da existência de influência da IVG no projeto de maternidade futuro                         | “Pela situação profissional, pelo estado em que vivemos não é? Já ter dois filhos é difícil... três muito mais.” (P1)                                |
| 2.2.1.3 Ambivalência   |  |  |  |
| Codificação            | Designação   | Descrição  | Descrição  |
| 2.2.1.3.1              | <b>Razões associadas à IVG</b>                     | Indicações de razões que justificam a ambivalência do processo de decisão como estando associado à IVG | “Se calhar por receio (...) pela... na altura em que houve o aborto... que houve o aborto, não é? A pessoa fica sempre com receio... com medo.” (P4) |
| 2.2.1.3.2              | <b>Ambivalência no projeto de maternidade</b>      | Indicações de ambivalência no projeto de maternidade futuram   | “Espero que sim mas acho que... não sei se vai acontecer.” (P4)  |
| 2.2.2 Gravidez Pós-IVG |  |  |  |

| 2.2.2.1 Sim      |                                       |  |  |
|------------------|---------------------------------------|--|--|
| Codificação      | Designação                            | Descrição  | Exemplo                                    |
| <b>2.2.2.1.1</b> | <b>Tempo decorrido até engravidar</b> | Indicações do tempo decorrido após a IVG até à gravidez                          | “(…) passado meio ano mais ou menos.” (P2) |
| <b>2.2.2.1.2</b> | <b>Planeamento e desejabilidade</b>   | Indicações da existência de planeamento e desejabilidade da nova gravidez        | “Foi planeada... sim, foi planeada.” (P2)  |
| <b>2.2.2.1.3</b> | <b>Evolução da gravidez</b>           | Indicações de características da evolução da gravidez                            | “Está a correr bem.” (P2)                  |
| 2.2.2.2 Não      |                                       |  |  |
| Codificação      | Designação                            | Descrição  | Exemplo                                    |
| <b>2.2.2.2.1</b> | <b>Sem gravidez</b>                   | Indicações da ausência de uma nova gravidez após a IVG                           | “Não.” (P4)                                |
| <b>2.2.2.2.2</b> | <b>Ausência de Influência da IVG</b>  | Indicações de ausência Influência da IVG na nova gravidez ou na sua inexistência | “Nenhuma...” (P2)                          |



|                                    |   |  |   |
|------------------------------------|---|--|---|
| <b>2.2.3</b>                       | <b>Dificuldades em gravidezes prévias</b> | Indicações da existência de dificuldades ocorridas em gravidezes prévias à IVG | “E tinha problemas em... eu não tinha problemas em engravidar. Eu tinha problemas era em alcançar o... a criança.” (P3) |
| <i>2.3 Contraceção</i>             |   |  |   |
| <b>2.3.1 Pré-IVG</b>               |   |  |   |
| <b>2.3.1.1 Tipo de contraceção</b> |   |  |   |
| Codificação                        | Designação                                | Descrição  | Exemplo   |
| <b>2.3.1.1.1</b>                   | <b>Preservativo</b>                       | Indicações da utilização de preservativo previamente à IVG                     | “Estava a usar o preservativo, sim.” (P2)   |
| <b>2.3.1.1.2</b>                   | <b>Pílula</b>                             | Indicações da utilização de contraceção oral previamente à IVG                 | “Eu tomava a pilula.” (P1)  |
| <b>2.3.1.1.3</b>                   | <b>Nenhum</b>                             | Indicações de não utilização de métodos contracetivos previamente à IVG        | “Eu não usava (...)” (P3)   |
| <b>2.3.1.2</b>                     | <b>Motivos de ausência de contraceção</b> | Indicações os motivos de inexistência de contraceção previamente à IVG         | “(...) porque estava a tentar engravidar (...) E tinha problemas em... eu não tinha problemas em engravidar.            |

|                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
|                                    |  |  | Eu tinha problemas era em alcançar o... a criança.” (P3)   |
| <b>2.3.1.3</b>                     | <b>Explicação da falha do método utilizado</b> | Indicações de opiniões pessoais acerca da justificação da falha do método contraceutivo utilizado e que resultou em gravidez e IVG | “ (...) alguma alteração hormonal que possa ter acontecido, não sei porque não tomava outra medicação qualquer que pudesse interromper... como é o caso dos antibióticos, não é?” (P1) |
| <b>2.3.1.4</b>                     | <b>Métodos usados em momentos passados</b>     | Indicações da utilização de contraceção em momentos passados à contraceção usada antes da IVG                                      | “É assim, eu o planeamento familiar ia regularmente por causa da minha pílula (...)” (P6)  |
| <b>2.3.2 Pós-IVG</b>               |  |  |  |
| <b>2.3.2.1 Tipo de contraceção</b> |  |  |  |
| Codificação                        | Designação                                     | Descrição  | Exemplo  |
| <b>2.3.2.1.1</b>                   | <b>Preservativo</b>                            | Descrição de utilização do preservativo como método contraceutivo  | “ (...) eu continuei com o mesmo... o mesmo método.” (P2)  |
| <b>2.3.2.1.2</b>                   | <b>Pílula</b>                                  | Indicações de utilização da pílula como contraceção escolhida logo após IVG  | “O método foi... que eu escolhi, a pílula.” (P3)   |

|                                   |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|
| <b>2.3.2.1.3</b>                  | <b>Implante</b>  | Indicações de utilização do implante como contraceção escolhida logo após IVG                      | “Para o implante... para o implante no braço.” (P5)  |
| <b>2.3.2.2</b>                    | <b>Mudança de atitude na utilização da contraceção</b> | Indicações de mudança de atitude face à contraceção (tendo alterado o método ou não)               | “Depois a partir daí tive mais cuidado e tinha que usar o método (...)” (P3)   |
| <b>2.3.2.3</b>                    | <b>Mudança do método contracectivo</b>                 | Indicações de existência de alteração do método contracectivo utilizado previamente à IVG          | “ (...) depois desde que... comecei a passar... passei a ir ao São João, comecei a usar.” (P1)   |
| <b>2.3.2.4</b>                    | <b>Motivos da escolha do método contracectivo</b>      | Indicações de motivos/razões que justificam a escolha da contraceção atual (2 anos após IVG)       | “Não dá efeito nenhum... não vi diferença e é 100% seguro... 100% ou 99% seguro.” (P5)   |
| <b>2.3.2.5</b>                    | <b>Circunstâncias da manutenção do contracectivo</b>   | Indicações da manutenção do método contracectivo utilizado previamente à IVG e suas circunstâncias | “ (...) eu continuei com o mesmo... o mesmo método porque entretanto eu quis engravidar.” (P2)   |
| <b>2.3.2.6</b>                    | <b>Influência da IVG na decisão de contraceção</b>     | Indicações de existência de influência da IVG na decisão da utilização de contraceção              | “Então eu posso entender das suas palavras que o facto de ter passado por aquela situação teve importância na alteração da forma como faz esse planeamento?<br>(Investigador) Sim.” (P4) |
| <b>2.3.3 Mudanças Posteriores</b> |  |  |  |

| Codificação                                 | Designação   | Descrição   | Exemplo   |
|---|--|---|---|
| <b>2.3.3.1</b>                              | <b>Circunstância da interrupção da contraceção</b> | Indicações de ausência da utilização de qualquer método contraceetivo 2 anos após a IVG e suas circunstâncias | “Não decidi tentar engravidar... mas foi... se acontecesse, acontecia.” (P2)  |
| <b><u>3. Suporte Social</u></b>             |  |   |   |
| <b><i>3.1 Aquando Tomada de Decisão</i></b> |  |   |   |
| Codificação                                 | Designação   | Descrição   | Exemplo   |
| <b>3.1.1</b>                                | <b>Perceção de tomada de decisão sozinha</b>       | Indicações na inexistência da participação de terceiros na tomada de decisão da IVG                           | “ (...) Foi sozinha.” (P4)  |
| <b>3.1.2</b>                                | <b>Companheiro</b>                                 | Indicações da participação do companheiro na tomada de decisão da IVG   | “Tomamos os dois... tomei com o meu companheiro.” (P1)  |
| <b>3.1.3</b>                                | <b>Pais</b>  | Indicações da participação dos pais na tomada de decisão da IVG   | “ (...) os meus pais deram-me todo o apoio na altura, perguntaram-me se eu queria ter... se eu queria ter a criança (...)” (P6) |
| <b>3.1.4</b>                                | <b>Mãe</b>   | Indicações da participação da mãe na tomada de  | “A minha mãe sim, várias vezes me disse para pensar   |

|                                      |                            |  |   |
|--------------------------------------|----------------------------|--|---|
|                                      |                            | decisão da IVG   | bem (...)” (P6)   |
| <b>3.15</b>                          | <b>Amiga</b>               | Indicações da participação da amiga na tomada de decisão da IVG          | “(…) a minha melhor amiga, portanto... aconselhou-me a fazê-lo.” (P6)                       |
| <i>3.2 Aquando Realização da IVG</i> |                            |  |   |
| Codificação                          | Designação                 | Descrição  | Exemplo   |
| <b>3.2.1</b>                         | <b>Irmã</b>                | Indicações da participação de irmã durante o processo da IVG             | “A minha irmã.” (P5)  |
| <b>3.2.2 Companheiro</b>             |                            |  |   |
| Codificação                          | Designação                 | Descrição  | Exemplo   |
| <b>3.2.2.1</b>                       | <b>Apoio</b>               | Indicações da participação do companheiro durante o processo da IVG      | “(…) ele esteve sempre presente...” (P2)  |
| <b>3.2.2.2</b>                       | <b>Ausência de apoio</b>   | Indicações da ausência de apoio do companheiro durante o processo de IVG | “(…) ele não soube acompanhar-me como... como eu acho que devia ter sido acompanhada.” (P1) |
| <b>3.2.2.3</b>                       | <b>Aspetos valorizados</b> | Indicações dos aspetos valorizados do suporte                            | “Se calhar o estar.” (P4)   |

|                   |   |   |   |
|-------------------|---|---|---|
|                   |   | social fornecido pelo companheiro   |   |
| 3.2.3 Amiga       |   |   |   |
| Codificação       | Designação  | Descrição   | Exemplo   |
| <b>3.2.3.1</b>    | <b>Sim</b>  | Indicações da participação de amiga durante o processo da IVG                                   | “Foi a pessoa com quem estive comigo... e quando fui ao hospital fui ter com ela e ela encaminhou-me logo para... para onde eu devia... para... (...)” (P1) |
| <b>3.2.3.2</b>    | <b>Aspetos valorizados</b>                        | Indicações de aspetos valorizados do suporte social prestado pela amiga                         | “Foi mesmo no dia estar comigo.” (P1)   |
| <b>3.2.4</b>      | <b>Mãe</b>  | Indicações da participação da mãe durante o processo da IVG                                     | “A primeira vez que eu fui ao hospital foi a minha mãe comigo (...)” (P6)   |
| <b>3.2.5</b>      | <b>Ausência de partilha da experiência da IVG</b> | Indicações de ausência de partilha da realização da IVG com outras pessoas (exceto companheiro) | “(...) na altura não falei com a minha mãe.” (P1)   |
| 3.3 Após IVG      |   |   |   |
| 3.3.1 Companheiro |   |   |   |

| Codificação             | Designação                 | Descrição  | Exemplo  |
|-------------------------|----------------------------|--|--|
| <b>3.3.1.1</b>          | <b>Apoio</b>               | Indicações do suporte social recebido pelo companheiro após a IVG              | “A gente andávamos juntos 24 horas e apoiávamos um no outro.” (P5)                         |
| <b>3.3.1.2</b>          | <b>Ausência de apoio</b>   | Indicações da ausência de suporte social fornecido pelo companheiro após a IVG | “A partir daí ele não me acompanhou mais (...)” (P6)                                       |
| <b>3.3.1.3</b>          | <b>Aspetos valorizados</b> | Indicações de aspetos valorizados do suporte social fornecido pelo companheiro | “Portanto está-me a dizer que foi muito importante esse apoio... (Investigador) Sim.” (P2) |
| <b>3.3.2 Familiares</b> |                            |  |  |
| Codificação             | Designação                 | Descrição  | Exemplo  |
| <b>3.3.2.1</b>          | <b>Mãe</b>                 | Indicações do suporte social recebido pela mãe face à IVG                      | “ (...) mesmo a minha mãe disse-me para eu esquecer... e eu tentei esquecer.” (P2)         |
| <b>3.3.2.2</b>          | <b>Cunhado</b>             | Indicações do suporte social recebido pelo cunhado face à IVG                  | “ (...) Deu-me apoio (...)” (P1)   |
| <b>3.3.2.3</b>          | <b>Irmã</b>                | Indicações do suporte social recebido pela irmã face à IVG                     | “ (...) falei com uma irmã, com a minha irmã.” (P2)  |

|   |                          |  |  |
|---|--------------------------|--|--|
| <b>3.3.2.4</b>                                  | <b>Pais</b>              | Indicações do suporte social recebido de forma conjunta pela mãe e pai face à IVG                                | “(…) depois tive o apoio incondicional por parte dos meus pais.” (P6)  |
| <b>3.3.3 Profissionais de Saúde</b>             |                          |  |  |
| <b>3.3.3.1 Psicólogos e Assistentes Sociais</b> |                          |  |  |
| Codificação                                     | Designação               | Descrição  | Exemplo  |
| <b>3.3.3.1.1</b>                                | <b>Aspetos Positivos</b> | Indicações dos aspetos percebidos como positivos do suporte social prestado por psicólogos e assistentes sociais | “Além de ir à força, tive o apoio da psicóloga e saber que a nossa cabeça não é igual... nas emoções... eles tentaram-me ajudar (...) mas ajudaram-me muito.” (P5) |
| <b>3.3.3.2 Médicos</b>                          |                          |  |  |
| Codificação                                     | Designação               | Descrição  | Exemplo  |
| <b>3.3.3.2.1</b>                                | <b>Aspetos positivos</b> | Indicações dos aspetos percebidos como positivos do suporte social prestado por médicos                          | “Gostei muito do atendimento... no geral.” (P5)  |
| <b>3.3.3.2.2</b>                                | <b>Aspetos negativos</b> | Indicações dos aspetos percebidos como negativos do suporte social prestado por médicos                          | “A consulta médica não é tão boa...” (P2)  |



|  |                            |   |  |
|--|----------------------------|---|--|
| <b>3.3.4</b>                                       | <b>Colegas de trabalho</b> | Indicações da partilha da experiência da IVG com colegas de trabalho                    | “Tive que falar no trabalho, falei à minha gerente... que acabou por reportar à supervisora que... e as minha colegas de trabalho acabaram todas por saber (...)” (P6) |
| <b>3.3.5</b>                                       | <b>Reações positivas</b>   | Indicações de reações positivas de terceiros face à IVG                                 | “Reagiram. Reagiram bem... acharam que era o que tinha de ser.” (P1)   |
| <b>3.3.6</b>                                       | <b>Aspetos Valorizados</b> | Indicações dos aspetos valorizados do suporte social recebido após a experiência de IVG | “Foi mesmo no dia estar comigo....” (P1)   |
| <b>3.3.7 Sem partilha da experiência</b>           |                            |   |  |
| Codificação  | Designação                 | Descrição   | Exemplo  |
| <b>3.3.7.1</b>                                     | <b>Razões</b>              | Indicações de razões que justificam a ausência de partilha da experiência da IVG        | “(...) eu não a quis magoar.” (P1)   |
| <b>3.3.7.2</b>                                     | <b>Consequências</b>       | Indicações das consequências resultantes da ausência de partilha da experiência da IVG  | “(...) embora agora ela saiba e tenha ficado triste por não ter falado com ela na altura. (P1)   |
| <b>3.3.8 Partilha tardia da experiência de IVG</b> |                            |   |  |
| Codificação  | Designação                 | Descrição   | Exemplo  |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>3.3.8.1</b>                              | <b>Razões</b>                                  | Indicações das razões que justificam a partilha tardia da experiência de IVG  | “(…) por vergonha e por não saber como o dizer à minha mãe. (P1)   |
| <b>3.3.9</b>                                | <b>Ausência de impacto da IVG nas relações</b> | Indicações de ausência de perceção de qualquer impacto da IVG ao nível das relações ou da forma como se relaciona com os outros | “Não. Não, não.” (P4)  |
| <b><u>4. Relações íntimas</u></b>           |  |   |  |
| <b><i>4.1 Término do relacionamento</i></b> |  |   |  |
| Codificação                                 | Designação                                     | Descrição   | Exemplo  |
| <b>4.1.1</b>                                | <b>Sim</b>                                     | Indicações do término do relacionamento existente aquando da IVG  | “Terminou, terminou... pouco depois.” (P6)   |
| <b>4.1.1</b>                                | <b>Circunstâncias</b>                          | Indicações das circunstâncias que motivaram o término do relacionamento   | “(…) via que não era a pessoa que eu gostava que fosse e que não estava a dar provas... do apoio que eu precisava em todos os sentidos e em todos os níveis.” (P1) |
| <b>4.1.2</b>                                | <b>Ausência de influência da IVG</b>           | Indicações da inexistência de influência da IVG no término do relacionamento  | “Não.” (P4)  |

|                                  |   |  |   |
|----------------------------------|---|--|---|
| <b>1.1.3</b>                     | <b>Ambivalência na percepção de influência da IVG</b> | Indicações de ambivalência na percepção da influência da IVG no término do relacionamento            | “Era mais um ponto que para mim podia afastar dele (...)” (P1)  |
| <i>4.2 Novos relacionamentos</i> |   |  |   |
| 4.2.1 Sim                        |   |  |   |
| Codificação                      | Designação  | Descrição  | Exemplo   |
| <b>4.2.1.1</b>                   | <b>Partilha da experiência de IVG</b>                 | Indicações da partilha da experiência da IVG com o novo companheiro                                  | “Sim (...)” (P4)  |
| 4.2.2 Não                        |   |  |   |
| Codificação                      | Designação  | Descrição  | Exemplo   |
| <b>4.2.1.2</b>                   | <b>Influência da IVG</b>                              | Indicações de influência da IVG na ausência atual de um novo relacionamento após término do anterior | “Na minha maneira de ver a vida e se calhar na relação da mulher com o homem que mexeu um bocado comigo, não sei dizer como mas não vejo motivo nenhum para me dar com ninguém.” (P5) |
| <b>4.3</b>                       | <b><i>Manutenção do relacionamento</i></b>            | Indicações da manutenção até à atualidade do relacionamento existente aquando da IVG                 | “(....) que ainda continua não é? Estou com ele.” (P3)  |

| <i>4.4 Funcionamento Sexual</i>          |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Codificação                              | Designação   | Descrição  | Exemplo  |
| <b>4.4.1</b>                             | <b>Dificuldades</b>  | Indicações da existência de dificuldades no funcionamento sexual após a IVG                                  | “Sim, interferiu. Eu tinha medo de engravidar outra vez... tinha muito medo.” (P1)                                 |
| <b>4.4.2</b>                             | <b>Ausência de dificuldades</b>                                | Indicações de inexistência de problemas ou dificuldades ao nível do funcionamento sexual, decorrentes da IVG | “Nada. Não influenciou nada mesmo. Da minha parte e da parte dele.” (P3)   |
| <i>4.5 Problemas relacionais prévios</i> |  |  |  |
| Codificação                              | Designação   | Descrição  | Exemplo  |
| <b>4.5.1</b>                             | <b>Relacionados com questões familiares</b>                    | Indicações da existência de problemas relacionais prévios à IVG relacionados com questões familiares         | “Nós já não estávamos bem. Sempre tivemos bastantes problemas (...) por parte da família da parte dele (...)” (P1) |
| <b>4.6</b>                               | <b><i>Características do relacionamento aquando da IVG</i></b> | Indicações de características do relacionamento com o companheiro  | “Mas era estável... que ainda continua não é? Estou com ele.” (P3)   |

|  |                                   |   |   |
|--|-----------------------------------|---|---|
| 4.7  | <i>Ausência de impacto da IVG</i> | Indicações de inexistência de impacto da experiência da IVG ao nível das Relações íntimas | “Não mudou nada.” (P2)  |
| <u>5. Processo de IVG</u>                    |                                   |   |   |
| <i>5.1 Vivência do processo de IVG</i>       |                                   |   |   |
| 5.1.1 Razões para a tomada de decisão da IVG |                                   |   |   |
| Codificação                                  | Designação                        | Descrição   | Exemplo   |
| 5.1.1.1                                      | <b>Relacionamento instável</b>    | Indicações de relacionamento instável enquanto motivo para a decisão de IVG               | “(…) eu não sabia se ia ficar com ele, era uma relação muito recente.” (P5)         |
| 5.1.1.2                                      | <b>Profissionais</b>              | Indicações de instabilidade a nível profissional enquanto motivo para a decisão de IVG    | “(…) eu tinha acabado o estágio à pouco tempo, era advogada titular mesmo (…)” (P2) |
| 5.1.1.3                                      | <b>Pessoais</b>                   | Indicações de motivos pessoais enquanto razão para a decisão de IVG                       | “(…) não me sentia preparada, nem física nem psicologicamente.” (P1)                |
| 5.1.1.4                                      | <b>Idade</b>                      | Indicações de idade avançada enquanto motivo para a decisão de IVG                        | “(…) devido à idade (…)” (P3)   |

|                 |  |   |   |
|-----------------|--|---|---|
| <b>5.1.1.5</b>  | <b>Gravidez não planeada</b>                   | Indicações de motivações para a IVG relacionadas com a ausência de planeamento da gravidez            | “Ainda por cima porque a situação aconteceu e foi uma situação que nem sequer estava planeada, por isso é que é mais... pronto.” (P4)   |
| <b>5.1.1.6</b>  | <b>Experiência negativa de gravidez prévia</b> | Indicações experiência negativa de gravidez prévia enquanto motivo para a decisão de IVG              | “Não queria estar... é como eu lhe disse... não queria estar a sofrer novamente.” (P3)  |
| <b>5.1.1.7</b>  | <b>Económicas</b>                              | Indicações de instabilidade económica enquanto motivo para a decisão de IVG                           | “ (...) o país como está em crise com estes problemas todos... ter mais uma criança... eu tinha muito medo de não poder dar aquilo que a criança precisava.” (P1)   |
| <b>5.1.1.8</b>  | <b>Ausência de projeto de maternidade</b>      | Indicações de ausência de projeto de maternidade futuro enquanto motivo para a decisão de IVG         | “E o facto de eu não querer mais filhos.” (P5)  |
| <b>5.1.1.9</b>  | <b>Problemas Psicológicos</b>                  | Indicações da existência de problemas psicológicos enquanto motivo para a decisão da IVG              | “ (...) eu optei por não pensar e por... e por fazer, visto que também não tinha sequer a capacidade a nível psicológico... porque andava a tomar antidepressivos para... foi esse também o motivo.” (P6) |
| <b>5.1.1.10</b> | <b>Ausência de apoio futuro</b>                | Indicações da ausência de apoio futuro à gravidez e maternidade enquanto motivo para a decisão da IVG | “E isso ia-me... eu já sabia na altura que ia ser mãe solteira e que não ia ter apoio nenhum e então optei por fazer o que fiz.” (P)  |

|  |                               |   |  |
|--|-------------------------------|---|--|
| <b>5.1.1.11</b>  | <b>Pressão do companheiro</b> | Indicações de pressão do companheiro para a interrupção da gravidez enquanto motivo para a decisão de IVG | “(…) mas eu optei por fazer… de forma a nunca mais ter contacto com a pessoa, porque a partir do momento… ele insistiu.” (P6)  |
| <b>5.1.2</b>   | <b>Sensações</b>              | Indicações das sensações experienciadas face à IVG  | “Na altura fui… que eu até fiquei com receio que…até disse, isto pode correr mal, posso… posso morrer, pode-me acontecer alguma coisa de mal (…)” (P1)   |
| <b>5.1.3 Opiniões acerca da consulta de IVG</b>        |                               |   |  |
| <b>5.1.3.1 Consulta de Psicologia e Serviço Social</b> |                               |   |  |
| Codificação  | Designação                    | Descrição   | Exemplo  |
| <b>5.1.3.1.1</b>                                       | <b>Utilidade</b>              | Indicações acerca da perceção da utilidade das consultas de Psicologia e Serviço Social                   | “Estamos em principio a pensar que… aquilo que são as regras das condições hospitalares, da passagem por uma consulta de obstetrícia, uma passagem por uma consulta de serviço social, a passagem pela consulta da psicologia… é ajuda? (Investigador) Isso sim, isso ajuda.” (P2) |
| <b>5.1.3.1.2</b>                                       | <b>Inutilidade</b>            | Indicações acerca da perceção da inutilidade das consultas de Psicologia e Serviço Social                 | “(…) se calhar se fosse mais nova, não é? Já ajudar e tudo mas como eu já tinha as minhas decisões vincadas  |

|                |                                |   |  |
|----------------|--------------------------------|---|--|
|                |                                |   | (...) não alterou em nada.” (P3)   |
| <b>5.1.3.2</b> | <b>Sugestões</b>               | Indicações de sugestões para melhor funcionamento da dinâmica das consultas                 | “ (...) internamente saberem quem é que iam chamar ou chamarem por exemplo duas mães e uma interrupção ou três mães e uma interrupção... de forma a que ninguém soubesse porque é que... qual é que era o efeito... para que é que uma pessoa ía lá.” (P1)               |
| <b>5.1.3.3</b> | <b>Profissionais</b>           | Indicações de opiniões relativas aos profissionais de saúde das consultas                   | “Mas acho que gostei da atitude (...)” (P3)  |
| <b>5.1.3.4</b> | <b>Procedimento médico</b>     | Indicações de opiniões relativas ao procedimento médico da IVG, levado a cabo nas consultas | “ (...) porque a interrupção pode ser feita medicamentosa e cirúrgica (...)... e no São João não dão essa oportunidade.” (P2)  |
| <b>5.1.3.5</b> | <b>Espaço físico</b>           | Indicações de opiniões relativas ao espaço físico das consultas                             | “Claro que em termos de espaço e de tudo... não seria possível ser noutros gabinetes certamente.” (P1)   |
| <b>5.1.3.6</b> | <b>Dinâmica organizacional</b> | Indicações de opiniões relativas à dinâmica organizacional das consultas                    | “ (...) o que acho é que quem vai para lá fazer as interrupções sente que... eu senti pelo menos (...) porque vê consultas de mães grávidas não é?... e que vão ter os filhos e existe um número ou uma cor que é para as interrupções... e acho que toda a gente sabe e |



|  |  |   | isso fez-me sentir mal... não gostei (...)" (P1)  |
|--|--|---|---|
| <b>5.1.3.7</b>                                     | <b>Atendimento</b>                     | Indicações de opiniões que classificam o atendimento da consulta de IVG                               | "Mas... mas gostei do atendimento." (P3)  |
| <b>5.1.4</b>                                       | <b>Ausência de conhecimento prévio</b> | Indicações acerca da ausência de conhecimento prévio relativo ao funcionamento ou procedimento da IVG | "Não, não, não, não, não (...)" (P4)  |
| <i>5.2 Vivência da fase após o processo de IVG</i> |  |   |   |
| <b>5.2.1 Impacto pessoal percebido</b>             |  |   |   |
| Codificação  | Designação                             | Descrição   | Exemplo   |
| <b>5.2.1.1</b>                                     | <b>Mudança na forma como se sente</b>  | Indicações de mudança percecionadas relativas à forma como se sente                                   | "Mudou. Só pessoal... só pessoal, só pessoal mesmo... só para mim. Não tenho... não levei... ah... não... não mudei muito com as outras pessoas, nem a forma de ver... a única diferença foi pessoal, foi... é a única coisa que eu senti com a interrupção foi isso." (P2) |
| <b>5.2.1.2</b>                                     | <b>Maior tolerância</b>                | Indicações de mudança percecionadas relativas a uma maior tolerância perante os outros                | " (...) estou um bocadinho mais tolerante se calhar." (P2)  |

|  |                                      |   |   |
|--|--------------------------------------|---|---|
| <b>5.2.1.3</b>                             | <b>Maior sensibilidade</b>           | Indicações de mudança percecionadas relativas a uma maior sensibilidade                         | “Se calhar mais emotiva.” (P4)  |
| <b>5.2.1.4</b>                             | <b>Maior responsabilidade</b>        | Indicações de mudança percecionadas relativas a um maior sentimento de responsabilidade         | “Agora vejo essa questão ainda com mais responsabilidade.” (P6)   |
| <b>5.2.1.5</b>                             | <b>Crescimento</b>                   | Indicações de mudança percecionadas relativas a crescimento ou amadurecimento pessoal           | “Eu acho que foi ao nível do tempo, do passar dos anos não é? E que de facto, amadureci, fiquei mais velha e agora vejo todas essas situações com outros olhos.” (P6) |
| <b>5.2.2</b>                               | <b>Ausência de impacto percebido</b> | Indicações da ausência de qualquer impacto da IVG   | “Houve alguma mudança em si? E na sua vida? (Investigador) Não.” (P4)   |
| <b>5.2.3</b>                               | <b>Complicações médicas</b>          | Indicações da ocorrência de complicações médicas, nomeadamente, obstétricas, decorrentes da IVG | “(…) passado mais ou menos meio ano (…) Tive uma hemorragia na noite de São João e tive que me dirigir à maternidade que era o local mais próximo.” (P6)              |
| <b><u>6. Posicionamento face à IVG</u></b> |                                      |   |   |
| <b><i>6.1 Ausência de alteração</i></b>    |                                      |   |   |
| Codificação                                | Designação                           | Descrição   | Exemplo   |

|              |                                      |  |  |
|--------------|--------------------------------------|--|--|
| <b>6.1.1</b> | <b>Sem opinião formada</b>           | Indicações de opiniões não formadas acerca da IVG  | “E... não tenho assim mais opinião formada sobre (...)” (P4)   |
| <b>6.1.2</b> | <b>Não a favor</b>                   | Indicações da manutenção da opinião e posição prévia à IVG e ilustrativa de que não é a favor da mesma | “(...) e hoje em dia não concordo na mesma porque acho que é muito doloroso para a mulher e acho que a mulher deve procurar ajuda (...)” (P2)  |
| <b>6.1.3</b> | <b>A favor</b>                       | Indicações da manutenção da opinião e posição prévia à IVG e ilustrativa de que é a favor da mesma     | “Não... eu sempre achei que... que legalizarem o aborto ia ser melhor do que cá ficar, não é? Não ter condições e não haver nada a evitar isso... ao menos é controlado com especialistas.” (P5)   |
| <b>6.1.4</b> | <b>Ausência de influência da IVG</b> | Indicações de ausência de influência da IVG no posicionamento atual face à mesma                       | “(...) a sua atitude e a sua opinião não foi alterada pelo facto de ter passado pela experiência... (Investigador)<br>Não... pela experiência... não.” (P5)  |
| <b>6.2</b>   | <b>Ambivalência</b>                  | Indicações da existência de ambivalência no posicionamento atual face à IVG                            | “Não. É assim, eu não sou a favor das interrupções e acho que tem-se sempre que ponderar e estudar bem e perguntar bem se realmente é isso que as pessoas querem (...) mas para as jovens que se vê hoje em dia com... com bebés pequenos... (...) têm filhos, depois se calhar... ou não os tratam como deveriam tratar porque não têm capacidade para ser mães (...) acho que cada |

|                  |  |   |  |
|------------------|--|---|--|
|                  |  |   | caso tem de ser avaliado como um só e não assim na generalidade.” (P1) |
| <b><u>7.</u></b> | <b><u>Material não categorizável</u></b> | Segmentos de informação sem codificação de relevo | “Hum hum (...)” (P2)   |

#### **ANEXO IV. ESQUEMATIZAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO**

| <b>Tópicos Gerais</b> | <b>Objetivos Específicos</b> | <b>Questões de Investigação</b>                        | <b>Categorias</b>   |
|-----------------------|------------------------------|--|---|
| <b>Saúde Mental</b>   |                              | <b>Qual o impacto da IVG ao nível da Saúde Mental?</b> | 1.1 Saúde Mental<br>1.1.1 Reações emocionais pós-IVG<br>1.1.1.1 Tristeza<br>1.1.1.2 Tomada de decisão correta<br>1.1.1.3 Sentimento de culpa<br>1.1.1.4 Peso na consciência<br>1.1.1.5 Não querer falar do assunto<br>1.1.1.6 Mágoa<br>1.1.1.7 Dificuldade em falar do assunto<br>1.1.1.8 Lembranças<br>1.1.1.9 Arrependimento<br>1.1.1.10 Pensamentos Recorrentes<br>1.1.1.11 Situações exacerbantes<br>1.1.1.12 Sem especificação<br>1.1.2 Consumos<br>1.1.2.1 Substâncias ilícitas<br>1.1.2.1.1 Pré-IVG<br>1.1.2.1.2 Pós-IVG<br>1.1.2.2 Medicação<br>1.1.3.2.1 Pré-IVG<br>1.1.3.2.2 Pós-IVG<br>1.1.3.2.3 Consumo por questões médicas<br>1.1.2.3 Álcool<br>1.1.2.3.1 Pré-IVG<br>1.1.2.3.2 Pós-IVG<br>1.1.3 Acompanhamento Psicológico Psiquiátrico |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p><b>Como é que a mulher descreve a forma pela qual lidou com a IVG?</b></p> | <p>1.1.3.1 Pré-IVG</p> <p>1.1.3.1.1 Sim</p> <p>1.1.3.1.1.1 Tratamento Farmacológico</p> <p>1.1.3.1.1.2 Razões</p> <p>1.1.3.1.1.3 Especialidade médica</p> <p>1.1.3.2 Pós-IVG</p> <p>1.1.3.2.1 Sim</p> <p>1.1.3.2.1.1 Tratamento Farmacológico de seguimento</p> <p>1.1.3.2.1.2 Razões</p> <p>1.1.3.2.1.3 Especialidade</p> <p>1.1.3.2.2 Não</p> <p>1.1.3.2.2.1 Razões</p> <p>1.4.4 Ausência de Impacto</p> <p>1.1.5 Estratégias de Coping</p> <p>1.1.5.1 Comparação a abortamentos espontâneos</p> <p>1.1.5.2 Convicções religiosas</p> <p>1.1.5.3 Deixar o tempo passar</p> <p>1.1.5.4 Não falar do assunto</p> <p>1.1.5.5 Nova gravidez</p> <p>1.1.5.6 Tentar não se lembrar</p> <p>1.1.5.7 Ver o lado positivo da IVG</p> <p>1.1.5.8 Ser forte</p> <p>1.1.5.9 Seguir em frente</p> <p>1.1.5.10 Mudar de vida</p> <p>1.1.5.11 Falar do assunto</p> <p>1.1.5.12 Não falar do assunto</p> <p>1.1.5.13 Ser prática</p> <p>1.1.5.14 Direcionar atenção para outras pessoas</p> <p>1.1.5.15 Assumir a IVG</p> <p>1.2 Reações Físicas</p> |
|--|--|---|---|

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   |   |   | 1.2.1 Aumento de peso                                |
| <b>Planeamento Familiar e Contraceção</b> | Explorar a perceção do impacto da experiência de uma IVG ao nível do planeamento familiar/contraceção | <b>Que implicações emergem da realização de uma IVG, relativamente ao planeamento familiar/contraceção?</b> | 2.1 Especialidade da consulta                        |
|   |   |   | 2.1.1 Motivos para recorrer a outra especialidade    |
|   |   |   | 2.1.2 Médico de família                              |
|   |   |   | 2.1.2.1 Sim  |
|   |   |   | 2.1.2.2 Avaliação positiva da consulta               |
|   |   |   | 2.1.2.3 Avaliação negativa da consulta               |
|   |   |   | 2.1.3 Ginecologista privado                          |
|   |   |   | 2.1.3.1 Sim  |
|   |   |   | 2.1.3.2 Avaliação da consulta                        |
|   |   |   | 2.2 Maternidade                                      |
|   |   |   | 2.2.1 Projeto de Maternidade                         |
|   |   |   | 2.2.1.1 Sim  |
|   |   |   | 2.2.1.2 Não  |
|   |   |   | 2.2.1.2.1 Ausência de projeto de maternidade         |
|   |   |   | 2.2.1.2.2 Ausência de influência da IV/Outras razões |
|   |   |   | 2.2.1.3 Ambivalência                                 |
|   |   |   | 2.2.1.3.1 Razões associadas à IVG                    |
|   |   |   | 2.2.1.3.2 Ambivalência no projeto de maternidade     |
|   |   |   | 2.2.1.4 Ausência de influência da IVG                |
|   |   |   | 2.2.2 Gravidez Pós-IVG                               |
|   |   |   | 2.2.2.1 Sim  |
|   |   |   | 2.2.2.1.1 Tempo decorrido até engravidar             |
|   |   |   | 2.2.2.1.2 Planeamento e desejabilidade               |
|   |   |   | 2.2.2.1.3 Evolução da gravidez                       |
|   |   |   | 2.2.2.2 Não  |
|   |   |   | 2.2.2.2.1 Sem gravidez                               |
|   |   |   | 2.2.2.2.2 Ausência de influência da IVG              |
|   |   |   | 2.2.3 Dificuldades em gravidezes prévias             |
|   |   |   | 2.3 Contraceção                                      |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  |   |  | 2.3.1 Pré-IVG<br>2.3.1.1 Tipo de contraceção<br>2.3.1.1.1 Preservativo<br>2.3.1.1.2 Pílula<br>2.3.1.1.3 Nenhum<br>2.3.1.2 Motivos de ausência de contraceção<br>2.3.1.3 Explicação falha do método utilizado<br>2.3.1.4 Métodos usados em momentos passados<br>2.3.2 Pós-IVG<br>2.3.2.1 Tipo de contraceção<br>2.3.2.1.1 Preservativo<br>2.3.2.1.2 Pílula<br>2.3.2.1.3 Implante<br>2.3.2.2 Mudança de atitude na utilização da contraceção<br>2.3.2.3 Mudança do método contraceutivo<br>2.3.2.4 Motivos da escolha do método contraceutivo<br>2.3.2.5 Circunstâncias da manutenção do contraceutivo<br>2.3.2.6 Influência da IVG na decisão de contraceção<br>2.3.3 Mudanças posteriores<br>2.3.3.1 Circunstâncias da interrupção de Contraceção |
| <b>Suporte Social e Relações Interpessoais</b> | Explorar a percepção do impacto e importância do suporte social e relações interpessoais na vivência de uma IVG | <b>Qual a influência do suporte social na vivência da IVG?</b> | 3.1 Aquando Tomada de Decisão<br>3.1.1 Percepção de tomada de decisão sozinha<br>3.1.2 Companheiro<br>3.1.3 Pais<br>3.1.4 Mãe<br>3.1.5 Amiga<br>3.2 Aquando Realização da IVG<br>3.2.1 Irmã   |



|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <p>Qual o impacto da IVG nas relações interpessoais?</p> | <p>3.2.2 Companheiro</p> <p>3.2.2.1 Apoio</p> <p>3.2.2.2 Ausência de apoio</p> <p>3.3.2.3 Aspectos valorizados</p> <p>3.2.3 Amiga</p> <p>3.2.3.1 Sim</p> <p>3.2.3.2 Aspectos valorizados</p> <p>3.2.4 Mãe</p> <p>3.2.5 Ausência de partilha da experiência de IVG</p> <p>3.3 Após IVG</p> <p>3.3.1 Companheiro</p> <p>3.3.1.1 Apoio</p> <p>3.3.1.2 Ausência de apoio</p> <p>3.3.1.3 Aspectos valorizados</p> <p>3.3.2 Familiares</p> <p>3.3.2.1 Mãe</p> <p>3.3.2.2 Cunhado</p> <p>3.3.2.3 Irmã</p> <p>3.3.2.4 Pais</p> <p>3.3.3 Profissionais de Saúde</p> <p>3.3.3.1 Psicólogos e Assistentes Sociais</p> <p>3.3.3.1.1 Aspectos positivos</p> <p>3.3.3.2 Médicos</p> <p>3.3.3.2.1 Aspectos positivos</p> <p>3.3.3.2.1 Aspectos negativos</p> <p>3.3.4 Colegas de trabalho</p> <p>3.3.5 Reações Positivas</p> <p>3.3.6 Sem partilha da experiência</p> <p>3.3.6.1 Razões</p> <p>3.3.6.2 Consequências</p> <p>3.3.7 Partilha tardia da experiência</p> |
|--|--|--|---|

|                         |   |  |  |
|-------------------------|---|--|--|
|                         |   |  | 3.3.7.1 Razões<br>3.3.8 Ausência de Impacto da IVG nas relações  |
| <b>Relações íntimas</b> | Explorar a percepção do impacto da experiência de uma IVG nos relacionamentos íntimos | <b>Qual o impacto da IVG nas relações íntimas?</b>                 | 4.1 Término do relacionamento<br>4.1.1 Sim<br>4.1.2 Circunstâncias<br>4.1.3 Ausência de influência da IVG<br>4.1.4 Ambivalência da percepção de influência da IVG<br>4.2 Novos relacionamentos<br>4.2.1 Sim<br>4.2.1.1 Partilha da experiência de IVG<br>4.2.2 Não<br>4.2.1.2 Influência da IVG<br>4.3 Manutenção do relacionamento<br>4.4 Funcionamento Sexual<br>4.4.1 Dificuldades<br>4.4.2 Ausência de dificuldades<br>4.5 Problemas relacionais prévios<br>4.5.1 Relacionados com questões familiares<br>4.6 Características do relacionamento aquando da IVG<br>4.7 Ausência de impacto da IVG |
| <b>Processo de IVG</b>  | Explorar a vivência do processo de IVG  | <b>Como é que a mulher descreve a vivência do processo de IVG?</b> | 5.1 Vivência do processo de IVG<br>5.1.1 Razões para a tomada de decisão da IVG<br>5.1.1.1 Relacionamento instável<br>5.1.1.2 Profissionais<br>5.1.1.3 Pessoas<br>5.1.1.4 Idade<br>5.1.1.5 Gravidez não planeada<br>5.1.1.6 Experiência negativa de gravidez prévia<br>5.1.1.7 Económicas  |

|                                  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|
|                                  |  |  | 5.1.1.8 Ausência de projeto de maternidade<br>5.1.1.9 Problemas psicológicos<br>5.1.1.10 Ausência de apoio futuro<br>5.1.1.11 Pressão do companheiro<br>5.1.2 Sensações<br>5.1.3 Opiniões acerca da consulta de IVG<br>5.1.3.1 Consulta de Psicologia e Serviço Social<br>5.1.3.1.1 Utilidade<br>5.1.3.1.2 Inutilidade<br>5.1.3.2 Sugestões<br>5.1.3.3 Profissionais<br>5.1.3.4 Procedimento médico<br>5.1.3.5 Espaço físico<br>5.1.3.6 Dinâmica organizacional<br>5.1.3.7 Atendimento<br>5.1.4 Ausência de conhecimento prévio<br>5.2 Vivência da fase após o processo de IVG<br>5.2.1 Impacto pessoal percebido<br>5.2.1.1 Mudança na forma como se sente<br>5.2.1.2 Maior tolerância<br>5.2.1.3 Maior sensibilidade<br>5.1.3.4 Maior responsabilidade<br>5.1.3.5 Crescimento<br>5.2.2 Ausência de impacto percebido<br>5.2.3 Complicações médicas |
| <b>Posicionamento face à IVG</b> | Explorar a percepção do impacto da vivência de uma IVG no posicionamento face à problemática | <b>Qual a influência da realização de uma IVG no posicionamento da mulher acerca da sua prática?</b> | 6.1 Ausência de influência da IVG<br>6.1.1 Sem opinião formada<br>6.1.2 Não a favor<br>6.1.3 A favor<br>6.1.4 Ausência de influência da IVG<br>6.2 Ambivalência  |

**ANEXO IV. TABELA DE RESULTADOS DAS DIFERENÇAS VERIFICADAS AO  
NÍVEL DA CONTRACEÇÃO ANTES E DEPOIS DA IVG**

| Participante | Contraceção em momentos passados | Contraceção aquando da IVG | Contraceção após IVG | Contraceção atual                        |
|--------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------|--|
| E1           | SI                               | Pílula                     | Pílula               | Nenhum                                   |
|              |                                  |                            |                      | <b>Motivo:</b> Término do relacionamento |
| E2           | SI                               | Preservativo               | Preservativo         | Nenhum                                   |
|              |                                  |                            |                      | <b>Motivo:</b> Gravidez                  |
| E3           | SI                               | Nenhum                     | Pílula               | Pílula                                   |
| E4           | SI                               | Pílula                     | Pílula               | Pílula                                   |
| E5           | SI                               | Pílula                     | Implante             | Implante                                 |
| E6           | Pílula                           | Nenhum                     | Pílula               | Pílula                                   |

SI – Sem informação